Multidisciplinair spine-centrum: samen voor meer kwaliteit

dr. Davy Hoste // *dienst Orthopedie, campus Sint-Jan en AZ Sint-Lucas Brugge*

▲ *V.l.n.r.: dr. Evelyne Linden, dr. Alexander Verhaeghe, dr. Hannie Braems, dr. Stijn De Muynck, dr. Karel Watteyne en dr. Davy Hoste.*

Enerzijds gedreven door initiatieven van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV en anderzijds door de overtuiging van de betrokken diensten ging in 2021 het 'multidisciplinair spine-centrum' officieel van start op campus Sint-Jan.

STRUCTURELE MAATREGELEN

In het kader van besparingen kreeg de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) in een brief van 15 februari 2015 van overheidswege de vraag om structurele maatregelen uit te werken die onder meer het volume aan wervelkolomchirurgie beheersbaar zouden maken. Dit leidde tot een voorstel tot herschrijven van de spine-nomenclatuur dat kadert in een groter geheel met een pakket aan maatregelen. Het voorziet in de oprichting van een multidisciplinaire spine unit in de verplegingsinrichtingen met alle bijhorende aspecten: invoering van mono- en multidisciplinaire consulten, centralisatie van verstrekkingen met betrekking tot de wervelkolomchirurgie en invoering van een register dat een belangrijk instrument vormt voor de opvolging van de patiënten met wervelkolompathologie.

De Spine Society of Belgium (SSBe)*, de overkoepelende nationale wetenschappelijke vereniging die gegroeid is uit de Belgian Spine Society (Vlaamstalige orthopedische wervelkolomchirurgen), Groupe du Rachis (Franstalige orthopedische wervelkolomchirurgen), Belgian Society of Neurosurgery (BSN) en de Belgische Vereniging voor Fysisch Geneesheren en Revalidatieartsen (RBSPRM) vervulde in de praktische uitwerking van deze spine units een cruciale rol. Bij de publicatie van deze azlink-editie zal het koninklijk besluit, waarin alle voorwaarden officieel verankerd liggen voor de oprichting van de multidisciplinaire spine-centra, vermoedelijk officieel gepubliceerd zijn. Dit na overleg en besprekingen die dus in 2015 hun aanvang vonden.

SPINE-CENTRUM CAMPUS SINT-JAN

Op campus Sint-Jan vormen onderstaande diensten de kern van het multidisciplinair spine-centrum:

- Fysische geneeskunde - revalidatie
- Neurochirurgie
- Orthopedie
- Pijnkliniek
- Radiologie

De werking van het multidisciplinair spine-centrum is gebaseerd op vier pijlers:

- De multidisciplinaire spine-raadpleging (MSC).
- Uniformisering van de diagnose en behandeling van spinale problemen door middel van een spinaal handboek.
- Registratie van resultaten van zowel chirurgische als niet-chirurgische behandelingen.
- Invoering van een nieuwe spine-nomenclatuur.

DE MULTIDISCIPLINAIRE SPINE-RAADPLEGING

Deze raadpleging wordt maandelijks op dinsdagavond gehouden met alle betrokken diensten tezamen. De patiënt zelf is meestal aanwezig. Een bespreking op basis van het dossier is echter ook mogelijk als de patiënt recent gezien geweest is door één heelkundige en één niet-heelkundige dienst. Naar aanleiding van deze consultatie wordt telkens een uitgebreid verslag voor de huisarts en alle betrokken artsen opgemaakt. Het voorliggend koninklijk besluit vermeldt volgende aanbevelingen voor een multidisciplinair overleg:

- Chronische niet-specifieke nekpijn waarbij een chirurgische behandeling wordt overwogen.
- Chronische niet-specifieke lage rugpijn waarbij een chirurgische behandeling wordt overwogen.
- Patiënten bij wie vanwege degeneratieve pathologie een lumbale fusie op meer dan drie niveaus wordt overwogen.
- Patiënten bij wie vanwege degeneratieve pathologie een tweede heringreep op indexniveau wordt overwogen.
- Chronische niet-specifieke nek- of rugpijn waarbij na 6 maanden accurate conservatieve en revalidatietherapie onvoldoende effect wordt bekomen.
- Radiculopathie die langer dan 6 maand bestaat ondanks niet-chirurgische behandeling.
- Chronische nekpijn of rugpijn met of zonder radiculopathie voorafgaand aan een vierde therapeutische interventionele pijnbehandeling binnen de 12 maanden.
- Patiënten bij wie percutane vertebro- of kyfoplastie wordt overwogen.

Verwijzingen naar de multidisciplinaire spine-raadpleging kan steeds via een van de betrokken diensten op campus Sint-Jan.

HET SPINAAL HANDBOEK

De uniformisering van de diagnosestelling en behandeling van een patiënt die zich aandient met wervelkolomgerelateerde problematiek is een belangrijke pijler in de multidisciplinaire aanpak van wervelkolompathologie. Dit zogenoemd ziekenhuisbreed spinaal handboek, dat de verschillende diensten gebruiken en dat als basis dient voor de evaluatie van patiënten tijdens het

ALGORITME

ANAMNESE EN KLINISCH ONDERZOEK
Hou altijd rekening met mogelijke differentiële diagnose en sluit signalen uit die kunnen wijzen op een onderliggende, ernstige pathologie

Bij aanwezigheid van rode vlaggen → **EXIT** Buiten de scope van deze richtlijn

EVALUATIE VAN HET RISICO OP CHRONICITEIT

LAAG RISICO
Eenvoudige aanpak met lage intensiteit

HOOG RISICO
Meer complexe aanpak met hogere intensiteit

BEELDVORMING
NIET systematisch
Leg aan de patiënt uit dat medische beeldvorming niet noodzakelijk is

SELF-MANAGEMENT
Voor alle patiënten, geef informatie en gepersonaliseerd advies, aangepast aan hun behoeften en capaciteiten, bij elke stap in hun zorgpad:
→ Informeer hen over de goedaardige aard van de lage rugpijn/radiculaire pijn
→ Moedig hen aan om de normale activiteiten voort te zetten (voor zo ver mogelijk)

NIET-INVASIEVE INTERVENTIES

Oefenprogramma
(volgens de behoeften, capaciteiten en voorkeuren van de patiënt)

Manipulatie, mobilisatie of zachteweefseltechnieken

Psychologische interventie (cognitieve gedragstherapie)

Multidisciplinair revalidatieprogramma met fysieke en psychologische component
- bij significante psychosociale belemmeringen **of**
- na falen van eerdere evidence-based behandelingen

FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES
enkel indien nodig
NSAID's
- Met continue herevaluatie van de risicofactoren en eventueel gebruik van maagbeschermers
- Aan de laagst werkzame dosis gedurende een zo kort mogelijke periode

Oploïden
- Zwak werkende (met of zonder paracetamol) bij acute lage rugpijn, tijdens een zo kort mogelijke periode, enkel als NSAID's gecontra-indiceerd zijn, niet verdragen worden of ondoeltreffend bleken
- NIET systematisch bij chronische lage rugpijn

Paracetamol: NIET systematisch als enige medicatie
Antidepressiva:
- Tricyclische of SNRI: NIET systematisch bij chronische lage rugpijn
- SSRI: Nooit

Anti-epileptica: NIET bij afwezigheid van neuropatische component
Spierrelaxahtia: Nooit

ONDERSTEUN EN MOEDIG DE HERVATTING VAN HET WERK OF DE NORMALE DAGELIJKSE ACTIVITEITEN ZO VROEG MOGELIJK AAN

INVASIEVE INTERVENTIES

CHRONISCHE LAGE RUGPIJN
Radiofrequente denervatie (enkel na een diagnostische mediale zenuwblokkade) als:
- vermoeden van facetgewrichtspijn
- na falen van een niet-chirurgische aanpak
- matige tot ernstige lage rugpijn

Lumbale artrodese: NIET aanbieden tenzij:
- na falen van niet-chirurgische aanpak
- na evaluatie via multidisciplinaire consultatie
- bij voorkeur met data-registratie in een register

RADICULAIRE PIJN
Epidurale infiltraties (lokale anesthetica en steroïden):
- bij (sub)acute en ernstige pijn

Spinale decompressie na minstens 6 tot 12 weken als:
- na falen van niet-chirurgische aanpak
- bevindingen beeldvorming overeenkomen met huidig klinisch beeld

NIET DOEN
→ Elektrotherapie
→ Manuele tractie
→ Gordels, korsetten, steunzolen
→ Niet-epidurale spinale injecties
→ Discusprothese

Voor andere interventies, zoals bijvoorbeeld andullatietherapie, kan geen aanbeveling worden geformuleerd wegens het ontbreken aan wetenschappelijk bewijs

Fig. 1. Schematische voorstelling van de klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn.

multidisciplinair overleg, is gebaseerd op twee nationale studies en publicaties van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in samenwerking met de SSBe en andere belangengroepen.

- KCE report 287 As (2017)[1]
- Good clinical practice: klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn. (Fig. 1.)
- KCE report 295 As (2017)[2]
- Lage rugpijn en radiculaire pijn: kernelementen van een zorgpad.**

Zowel bij de klinische richtlijnen als de zorgpaden rond lage rugpijn en radiculaire pijn wordt uitgegaan van een internationaal aanvaard diagnostisch triagesysteem bij wervelkolompathologie. Bij elk contact met een patiënt met wervelkolompathologie zouden de volgende drie stappen in dit triagesysteem moeten doorlopen worden:

- Uitsluiten rode vlaggen (Fig. 2.)
- Uitsluiten radiculaire pijn
- Lage rugpijn restgroep

De gepubliceerde richtlijnen leggen ook de nadruk op het biopsychosociaal model dat dient gehanteerd te worden bij de behandeling van wervelkolompathologie (Fig. 3.). Dit in contrast met het puur biomechanisch model dat vroeger werd gehanteerd.

Er is voor de radiculaire pijn-groep en de lagerugpijn-groep telkens een apart en specifiek zorgpad voorzien. De meeste gevallen van lage rugpijn en radiculaire pijn evolueren spontaan gunstig. Bij een minderheid van de patiënten kunnen ze echter leiden tot een blijvend verlies in functionaliteit. De identificatie van 'risico'-patiënten en hen een specifieke behandeling aanbieden, zodat hun pijn niet chronisch wordt, zou integraal deel moeten uitmaken van de aanpak van lage rugpijn. De fase van de evaluatie (of stratificatie) van het risico is dus van primordiaal belang. In die fase wordt er gezocht naar elementen die wijzen op een verhoogde kans op chronische en invaliderende pijn. Deze kunnen van psychologische, psychiatrische en contextuele aard of werkgerelateerd zijn. Ze worden gele, oranje, zwarte en blauwe vlaggen genoemd (Fig. 4.). Bij deze evaluatie van patiënten worden in het zorgpad enkele tools, zoals de Orebro- en 'Star T Back'-vragenlijst aangeboden.

THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL OF HEALTH

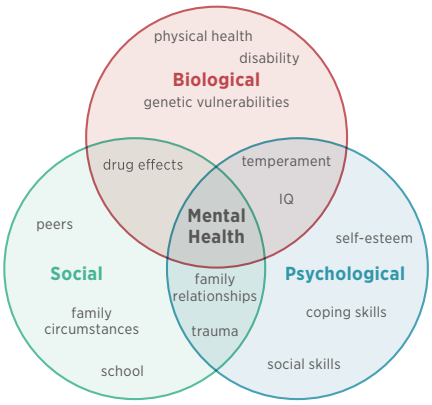

Fig. 3. Schematische voorstelling biopsychosociaal model.

REGISTRATIE RESULTATEN VAN DE BEHANDELINGEN

In een samenwerking tussen het RIZIV en de SSBe loopt momenteel een proefproject voor de registratie van de verschillende chirurgische en niet-chirurgische behandelingen met inbegrip van de PROMs en PREMs. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van het 'Spine Tango' registratieplatform (Eurospine). De verschillende methodes van datacaptatie, patiëntenfollow-up en uiteindelijke dataverwerking worden in dit door het RIZIV gesubsidieerd pilootproject bestudeerd. Dit pilootproject zal normaliter zijn finaal beloop kennen in 2023. Het is de bedoeling van het multidisciplinair spine-centrum op campus Sint-Jan om hier op termijn actief in te kunnen participeren.

De specificiteit van de rode vlaggen is vooral bij elke vlag afzonderlijk, beperkt: clinici moeten zich focussen op clusters van rode vlaggen, die wijzen op een specifieke ernstige pathologie.

Dringend (onmiddellijk)	
RODE VLAG	**ACTIE**
Neurologische noodgevallen • Wijdverspreide (bv. aan de armen, hersenzenuwen of bilateraal) neurologische symptomen (piramidale tekenen, coördinatieproblemen, motorische of gevoelsstoornissen ...) • Progressieve neurologische symptomen • Zadelanesthesie/hypo-esthesie, urineretentie, fecale of urinaire incontinentie, geïsoleerde seksuele stoornissen (cauda equina syndroom) • Ernstig motorisch deficit (Medical Research Council score ≤ 3/5) opgetreden sinds minder dan 48 u	**Stuur de patiënt naar de spoeddienst**
Traumatische fractuur Ernstige lage rugpijn na significant/hoge-energie trauma **OF** Rugpijn na trauma met spondylitis ankylosans	**Stuur de patiënt naar de spoeddienst**
Vasculaire problemen Vasculaire tekenen (koude voet, verminderde perifere arteriële pulsatie) die kunnen wijzen op een gescheurd aneurysma van de aorta als ze gepaard gaan met lage rugpijn of zelfs met shock.	**Echografie & consultatie vaatchirurgie**

Semi-dringend (binnen de 48u)	
RODE VLAG	**ACTIE**
Pathologische fractuur Lage rugpijn na mineur trauma of zelfs zonder notie van trauma met: • Voorgeschiedenis/risico van osteoporose • Chronisch corticoïdengebruik • Pijn in de borstkas • Hogere leeftijd • Onverklaard gewichtsverlies, vermoeidheid • Voorgeschiedenis van kanker	**Röntgen (of CT)** **Consultatie rugchirurgie**
Infectie • Objectieve tekenen (bv. nachtzweten, koorts, rillingen) • Intraveneus druggebruik • Immunodeficiënte patiënt • Onverklaard gewichtsverlies • Gekende voorgaande of samengaande systemische infectie of risico op infectie • Recente chirurgische ingreep • Urinaire of huidinfectie	**MRI & Bloedanalyse (bv. leukocytentelling, CRP, sedimentatie)** **Consultatie rugchirurgie en/of consultatie internist/ infectiespecialist**

Fig.2. Rode vlaggen.

Gele vlaggen: psychologische factoren

Overtuigingen en percepties
- Negatieve overtuigingen over de pijn: de patiënt beschouwt het letsel als oncontroleerbaar of denkt dat het zal verergeren
- De patiënt verwacht niet dat de behandeling goede resultaten zal opleveren, en dat hij niet snel het werk zal kunnen hervatten

Emotionele reacties
- Ontreddering die niet beantwoordt aan de diagnosecriteria voor een mentale aandoening
- Ongerustheid, angsten

Gedrag ten aanzien van de pijn (met inbegrip van pijn-coping strategieën)
- Vermijden van activiteiten wegens vrees voor pijn of een nieuw letsel
- Zeer grote afhankelijkheid van passieve behandelingen (hot packs, cold packs, analgetica)

Zwarte vlaggen: systeem- of contextuele obstakels

Overtuigingen en percepties
- Wetgeving die de mogelijkheden tot werkhervatting beperkt
- Conflict met de verzekeraar over schadevergoeding
- Te beschermende familie en zorgverleners
- Zware beroepsactiviteit, met weinig mogelijkheden om taken aan te passen

Blauwe vlaggen: perceptie van de relatie tussen werk en gezondheid

Overtuigingen en percepties
- Overtuiging van de patiënt dat het werk te belastend is, en waarschijnlijk verder letsel zal veroorzaken
- Overtuiging dat de leidinggevende en de collega's hem niet ondersteunen

Oranje vlaggen: psychiatrische symptomen

Overtuigingen en percepties
- Klinische depressie
- Persoonlijkheidsstoornissen

Fig. 4. Betekenis gele, zwarte, blauwe en oranje vlaggen.

CONCLUSIE

De bovenstaande KCE-publicaties zijn niet alleen nuttig in de ontwikkeling van het spinaal handboek voor zorginstellingen, maar ook interessante literatuur (met zelfs een handige online tool) voor elke zorgverlener (medisch en paramedisch) die in contact komt met patiënten met wervelkolomgerelateerde problematiek. Het is de overtuiging van het multidisciplinair spine-team op campus Sint-Jan dat een dergelijke multidisciplinaire aanpak gebaseerd op internationale klinische richtlijnen en een nationaal zorgpad alleen maar kan leiden tot kwaliteitsvollere zorg voor de patiënt met wervelkolompathologie en een beter onderbouwde aanwending van middelen.

* Auteur dr. Davy Hoste is de huidige voorzitter van de SSBe
** http://lagerugpijn.kce.be

REFERENTIES

1 Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, Dewachter J, Dolphens M, Forget P, Fraselle V, Hans G, Hoste D, Mahieu G, Michielsen J, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Simons E, Tobbackx Y, Van Schaeybroeck P, Van Zundert J, Vanderstraeten J, Vlaeyen J, Jonckheer P. Low back pain and radicular pain: assessment and management. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 287. D/2017/10.273/36.

2 Jonckheer P, Desomer A, Depreitere B, Berquin A, Bruneau M, Christiaens W, Coeckelberghs E, Demoulin C, Pierre Duquenne (CHC Liège), Forget P, Fraselle V, Godderis L, Hans G, Hoste D, Kohn L, Mairiaux P, Munting E, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Pirotte B, Van Boxem K, Van Lerbeirghe J, Van Schaeybroeck P, Van Wambeke P, Van Zundert J, Vanderstraeten J, Vanhaecht K, Verhulst D. Lage rugpijn en radiculaire pijn: kernelementen van een zorgpad – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 295As. D/2017/10.273/84.

AUTEUR

dr. Davy Hoste
dienst Orthopedie, campus Sint-Jan en AZ Sint-Lucas Brugge