

Gepersonaliseerde zorg voor lage rug pijn

Top 10 dingen om te weten

1. Iedereen met rugpijn is verschillend.
2. Niet alle rugpijn is hetzelfde.
3. Behandeling moet lijden verlichten en zich richten op bereiken functionele doelen.
4. Verschillende behandelingen werken voor verschillende problemen, op verschillende momenten bij verschillende mensen.
5. Sommige personen hebben meer bijwerkingen dan andere.
6. Niet alle behandelingen zijn toegankelijk en niet alle zijn geschikt voor iedereen.
7. Voorspellen van hoe een individu gaat reageren is een onnauwkeurige wetenschap.
8. Gepersonaliseerde en gestratificeerde zorg zijn verschillende dingen, gestratificeerde zorg is mogelijk kosteneffectief, gepersonaliseerde zorg vergroot mogelijk tevredenheid.
9. Behandeling werkt alleen als die wordt toegepast; gezamenlijke besluitvorming kan motiverend werken
10. Een weloverwogen behandelkeuze maken vereist gepersonaliseerde informatie waarin voor- en nadelen voor de persoon aan bod komen.

Lage rugpijn is een complex probleem veroorzaakt door meerdere biologische, psychologische en sociale mechanismen. Een breed palet aan pathologische processen zijn mogelijk geassocieerd met pijn. En hoewel specifieke factoren de pijn van een individu op elk willekeurig moment beïnvloeden zijn deze moeilijk te definiëren in de afwezigheid van structurele pathologie. Bij kinderen kan structurele pathologie, zoals spondylolysis, gevonden worden, maar is ook vaak afwezig. Complexe radiologische veranderingen bij een spondylolysis, inclusief discus vernauwingen of verminderde signalering op T2 gewogen MRI-beelden, uitstulpingen of prolaps van de discus, eindplaat sclerose of Modic-veranderingen, marginale osteofytvorming en artrose van facetgewrichten kunnen wijzen op mogelijke pathologie geassocieerd met pijn. Echter deze radiologische veranderingen worden ook vaak gevonden in adolescenten zonder pijn en zijn slechts zwak geassocieerd met de ernst van pijn. Radiografische bevindingen veranderen weinig ondanks grote fluctuaties in pijn. Veel lage rugpijn komt door spierhypertonie of perifere neurale sensitiviteit. Uitbreiding van pijn door neurale processen binnen ruggenmerg en hersenen (centrale sensitiviteit) draagt bij aan ernst van pijn en verdere uitbreiding van pijnlijke lichaamsdelen. Veranderingen in de functionele verbindingen in de hersenen dragen bij aan emotionele, cognitieve en motorische problemen bij lage rugpijn. Mechanische prikkels lokken rugpijn uit tijdens bewegen en pijn kan opvlammen na acuut letsel of zonder duidelijke aanleiding. Pijn kan gevoeld worden in de rug zelf, uitstralend naar andere delen van het lichaam. Bijvoorbeeld als zenuwwortels geïrriteerd of afgekneld zijn, of als gevolg van onnauwkeurige

somatotopische representatie van diepe spinale structuren. Sombere stemming, angst, vreesvermijding, catastroferen, cognities, opvattingen en andere psychologische factoren zijn componenten van de pijnervaring. Symptomen en tekenen kunnen signaal zijn van bepaalde pijn mechanismen, die veranderen dor de dag, van week tot week of over langere periodes. Elk individu heeft zijn eigen co-morbiditeit en risicofactoren.

Evidence based richtlijnen ondersteunen behandelingen die effectief zijn voor patiënten met dezelfde diagnose. Verschillende behandelingen zijn beschikbaar voor lage rugpijn (medische, fysiotherapeutische, psychologische etc.). Hoewel oefeningen en bewegen moet worden aanbevolen bij mensen met lag rugpijn, is er voor slecht weinig specifieke behandelingen onomstotelijk bewijs voor effectiviteit op basis van hoge kwaliteit gerandomiseerde onderzoeken. Individuen die zich melden binnen de gezondheidszorg vormen slecht het puntje van de ijsberg of de rugpijn epidemie, wat mogelijk weergeeft dat de gezondheidszorg niet in alle individuele behoeften voorziet. Gestratificeerde en gepersonaliseerde zorg probeert behandeling meer aan te laten sluiten op het individu en daarmee het resultaat te verbeteren.

Pogingen om homogene subgroepen te selecteren die mogelijk baat hebben bij een specifieke behandelingen voor rugpijn worden breed toegepast. Bijvoorbeeld, decompressie chirurgie is mogelijk geïndiceerd als MRI-beelden pathologie laten zien passend bij neuropatische symptomen en tekenen. Patiënten stratificeren op basis van beïnvloedbare risicofactoren voor een slechte prognose bij acute lage rugpijn is mogelijk met de STarTBack vragenlijst (1). Patiënten worden op basis van de antwoorden op de vragen bij een eerste consult voor een episode van rugpijn doorverwezen voor een simpel advies, gesuperviseerde fysiotherapie of een meer intensief (en duurder) cognitief-gedragsmatige fysiotherapeutische interventie. Dit helpt mogelijk om duurdere en intensieve behandelingen, voor die wat mogelijk spontaan verbeteren, te voorkomen (2). Breder gebruik van de STarTBack voor mensen met subacute en chronische rugpijn in 2^e lijns setting is in afwachting van bewijs voor effectiviteit.

Gepersonaliseerde zorg erkent dat twee individuen niet gelijk zijn, zelfs niet in gestratificeerde subgroepen, en dat 'shared decision' tussen patiënt en behandelaar noodzakelijk is. De keuze voor behandeling is niet alleen afhankelijk van effecten maar ook van het risico op bijwerkingen en persoonlijke opvattingen, waarden en inzicht van de patiënt. Lage rugpijn met divers aanbod van mogelijke behandelmethoden is een ideale kandidaat voor gepersonaliseerde zorg. Het delen van informatie helpt patiënten om een goed geïnformeerde keuze te maken en kan tijd besparen. Schriftelijke en web-based informatie (b.v. <https://www.eurospinepatientline.org/>, <https://www.versusarthritis.org/about-arthritis/conditions/back-pain/>) en multidisciplinaire teams ondersteunen gepersonaliseerde zorg, patiënt betrokkenheid bij besluitvorming en faciliteren zelf-zorg. Gepersonaliseerde zorg en keuze van patiënten moet altijd basis advies om te bewegen en actief te zijn versterken en de exclusieve focus op minder effectieve behandelingen ontmoedigen.

Het aanbieden van gepersonaliseerde zorg vraagt een geïnformeerde behandelaar die patiënt kan ondersteunen in het herformuleren van niet helpende opvattingen en een geschikte behandeling te kiezen. Belangrijke overwegingen bij keuze maken tussen

behandelingen omvatten effectiviteit (kan het werken, wanner en hoeveel) en risico inschatting op bijwerkingen. Organisatorische factoren zijn vertrouwen en toegang tot zorg. Individuen van verschillende leeftijd, geslacht, ras en opleidingsniveau vragen andere afweging van behandelkarakteristieken en/of keuzes. Behandelresultaten en bijwerkingen kunnen mogelijk verschillen op basis van genetisch profiel, co-morbiditeit of andere behandelingen die patiënt ondergaat. Bijvoorbeeld niet-steroid anti inflammatoire (NSAID) medicatie is effectief in gerandomiseerde onderzoeken, maar minder dan de helft van de deelnemers aan onderzoek behaald een klinisch relevant effect in vergelijking met placebo. NSAID's werken mogelijk beter in mensen zonder centrale sensitatie (3). Gastro-intestinale bijwerkingen komen meer voor bij personen boven de 50 en geen gebruik maken van een protonpomp remmer. Het cardiovasculaire risico is groter in diegene met hypertensie, hyperlipidemie of eerdere cardiovasculaire aandoeningen. Individuen met lage rugpijn zijn heterogeen. Pijn vermindering is wordt beschouwd als belangrijkste doel van een medische behandeling (4), terwijl bereikbare functionele doelen de uitkomst zijn bij diegenen waar pijnvermindering niet mogelijk is.

Het voorspellen van succes en bijwerkingen behandeling per individu met lage rugpijn is een onnauwkeurige wetenschap. Stratificeren op mechanisme gebaseerd op diagnostische, klinische, beeldvormende en laboratorium testen zijn intuïtief logisch en creëren een behandelcontext die zowel motivatie, therapietrouw en zowel specifieke als placebo reacties uitlokt en patiënt tevredenheid verbeterd. Als een behandeling niet succesvol is kan een andere ingezet worden en als pijn mechanisme of patiënt perspectief verandert kan een eerdere niet succesvolle behandeling later alsnog succesvol zijn. Echter, deze 'try it and see' benadering kan op zichzelf nadelig zijn als het vasthouden aan behandelplan of zelf zorg ontmoedigt en mislukken leidt tot moedeloosheid en/of financiële of persoonlijke stress. Meer effectieve predictie regels zijn gewenst om mensen te helpen betrouwbare behandelkeuzes te maken die op termijn succesvol zijn. Gerandomiseerde onderzoeken moeten succes van stratificeren en personaliseren voor patiënt aantonen in vergelijking met andere manieren van behandeling toekennen. Voor nu kunnen onderzoeken en verklaringen die matchen met beschikbare evidence based behandelingen behulpzaam zijn voor patiënten met lage rugpijn.

Referenties

[1] Keele University. STarTBack: <https://startback.hfac.keele.ac.uk/> Accessed 4th December 2020

[2] Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378:1560–71.

[3] Edwards, RR, Dolman, AJ, Martel, MO et al., Variability in conditioned pain modulation predicts response to NSAID treatment in patients with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17:284.

[4] Turk, DC, Boeri, M, Abraham, et al. Patient Preferences for Osteoarthritis Pain and Chronic Low Back Pain Treatments in the United States: A Discrete-Choice Experiment. *Osteoarthritis Cart.* 2020;28:1202-13.

Auteur

David Andrew Walsh PhD, FRCP Director Pain Centre Versus Arthritis, Academic Rheumatology, University of Nottingham Clinical Sciences Building, City Hospital, Hucknall Road, Nottingham, NG3 5DU, UK Director UKRI/Versus Arthritis Advanced Pain Discovery Platform Honorary Consultant Rheumatologist, Sherwood Forest Hospitals NHS Foundation Trust, Mansfield Road, Sutton in Ashfield, NG17 4JL, UK
David.walsh@nottingham.ac.uk

Declaration of relevant interests: none
Declarations of interests outside of this work: Since 2015 DAW has undertaken consultancy through the University of Nottingham to AbbVie Ltd, Pfizer Ltd, Eli Lilly and Company, Galapagos, Reckitt Benckiser Health Limited, Love Productions and GSK Consumer Healthcare (non-personal pecuniary interests). He accidentally received speaker fees from the Irish Society for Rheumatology (personal pecuniary). Educational materials prepared through University of Nottingham (non-personal pecuniary)

Reviewers

Federico Balagué Associate Director Department of rheumatology, physical medicine & rehabilitation HFR-Hôp. Cantonal, Fribourg, Switzerland
Dr. Stéphane Genevay Attending Physician and Senior Lecturer Hôpitaux Universitaires de Genève | HUG · Service de rhumatologie MD, PD, CC