Focus

KCE-richtlijn over de behandeling van lage rugpijn en commentaar bij de plaats van opioïde analgetica

Lage rugpijn zonder ernstige onderliggende pathologieën verdwijnt meestal spontaan. Volgens de recente KCE-richtlijn nr. 287As[1] is de behandeling van lage rugpijn vooral gebaseerd op niet-farmacologische interventies waarbij lichaamsbeweging wordt aangemoedigd. De KCE-richtlijn handelt voornamelijk over de preventie van een evolutie naar chronische lage rugpijn, door snelle mobilisatie binnen de pijngrens. Medicatie wordt pas in tweede instantie aanbevolen en is voorbehouden voor kortdurende behandeling van lage rugpijn. De eerste keuze in de KCE-richtlijn gaat naar een niet-steroïdaal anti-inflammatoir middel (NSAID) of, als dit niet verdragen wordt, een weinig krachtig opioïd (vroeger "narcotisch analgeticum" genoemd) al dan niet in combinatie met paracetamol. Paracetamol in monotherapie is volgens het KCE onvoldoende werkzaam bij de meeste patiënten met lage rugpijn, maar is soms de enige optie bij de (vaak oudere) patiënten met contra-indicaties voor NSAID's en opioïden.
Het BCFI kan zich vinden in de algemene conclusies van het rapport en stelt vast dat er momenteel weinig evidentie is voor het gebruik van pijnstillers bij de behandeling van lage rugpijn, of dat hun risico-batenverhouding vaak ongunstig is. Bij de groep patiënten met lage rugpijn in zijn geheel beschouwd, kon voor paracetamol geen werkzaamheid worden vastgesteld [zie Folia oktober 2014]. Daarentegen is de plaats van zowel NSAID's als opioïden bij de behandeling van lage rugpijn beperkt en/of slechts voor korte behandelingsduur te verantwoorden, rekening houdend met hun ongewenste effecten. De vaste associatie paracetamol + tramadol heeft geen zin.

Het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg KCE publiceerde in mei 2017 een klinische richtlijn over lage rugpijn en radiculaire pijn[a'].[1] Met deze richtlijn benadrukt het KCE het belang van demedicalisering van lage rugpijn en radiculaire pijn zonder ernstige onderliggende pathologieën. Medicamenteuze interventies worden niet systematisch aanbevolen: de aanpak berust in eerste instantie op geruststellen, aanmoedigen tot beweging en het zo snel mogelijk hervatten van de normale activiteiten. De verschillende niet-medicamenteuze interventies worden uitvoerig besproken waarbij de *self-management*benadering, die erin bestaat om zelf pijn te leren beheersen door aanpassing van de levensstijl, de basis is van de behandeling (biopsychosociale benadering). Als medicatie vereist is, gaat de eerste keuze bij acute en bij chronische lage rugpijn naar een korte behandeling met een NSAID. De evidentie voor deze aanbeveling is wel zwak, wat niet onbelangrijk is, gezien het risico van ongewenste effecten. Voor opioïde analgetica (vroeger "narcotische analgetica" genoemd) is het niet bewezen dat zij werkzaam zijn bij acute of bij chronische rugpijn. Toch kan volgens de KCE consensus-gebaseerde expertopinie een weinig krachtig opioïd (tramadol of codeïne), al dan niet met paracetamol, overwogen worden als tweede keuze voor zeer korte behandeling van een patiënt met acute rugpijn die geen NSAID verdraagt. Paracetamol in monotherapie is volgens het KCE onvoldoende werkzaam bij de meeste patiënten met lage rugpijn, maar is soms de enige optie bij de (vaak oudere) patiënten met contra-indicaties voor NSAID's en opioïden.

Antidepressiva hebben volgens het KCE geen plaats bij acute lage rugpijn. Enkel bij sommige vormen van chronische lage rugpijn hebben tricyclische antidepressiva (TCA) en de niet-selectieve noradrenaline- en serotonineheropnameremmers een beperkte plaats. Selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) zijn niet werkzaam bij chronische rugpijn.

Anti-epileptica kunnen volgens het KCE enkel worden voorgesteld voor de behandeling van personen met lage rugpijn bij aanwezigheid van een neuropathische component. Spierrelaxantia ten slotte hebben volgens het KCE geen plaats bij lage rugpijn.

Commentaar

- Het BCFI kan zich vinden in de richtlijn van het KCE wat betreft de algemene conclusies rond de werkzaamheid van de medicamenteuze interventies bij lage rugpijn: er is inderdaad merkwaardig weinig gecontroleerd onderzoek bij deze nochtans zeer frequente aandoening. Naast de weinige gegevens over evidentie van werkzaamheid, moet men ook rekening houden met de veiligheid, waar paracetamol uiteraard veel beter scoort dan NSAID's en opioïden. Bij niet-

gecompliceerde lage rugpijn ligt de nadruk op de niet-medicamenteuze aanpak.

- Momenteel is er weinig evidentie voor het gebruik van pijnstillers voor de behandeling van lage rugpijn en/of blijkt dat hun risico-batenverhouding vaak ongunstig is, zeker bij chronische lage rugpijn. Paracetamol is onvoldoende werkzaam bij heterogene groepen van patiënten met acute en chronische lage rugpijn, zoals blijkt uit een meta-analyse[2]. Het dient te worden opgemerkt dat deze meta-analyse slechts gebaseerd is op 3 studies over lage rugpijn, waaronder de *PACE*-studie [zie Folia oktober 2014]. NSAID's kunnen op korte termijn een milde pijnverlichting geven maar men moet de risico's van ongewenste effecten zorgvuldig afwegen [zie Folia november 2016]. Opioïden zijn geen eerste keuze bij acute lage rugpijn; ze hebben enkel een plaats bij ernstige aandoeningen wegens hun risico van ongewenste effecten en verslaving. Bij chronische rugpijn is er onvoldoende bewijs dat langdurig gebruik van opioïden de controle van chronische pijn en het functioneren op lange termijn verbetert. [zie Folia september 2016]
- De anti-epileptica pregabaline en gabapentine, die soms *off-label* gebruikt worden bij chronische rugpijn, vormen geen goed onderbouwd alternatief voor de klassieke pijnstillers of opioïden, wegens een gebrek aan kwaliteitsstudies die hun werkzaamheid bij lage rugpijn aantonen. In een recente goed uitgevoerde placebogecontroleerde studie, gepubliceerd in *New England Journal of Medicine*, tonen, de weliswaar beperkte, gegevens dat pregabaline niet werkzaam is bij acute of chronische radiculaire pijn[3]. Uit nationale voorschrijfgegevens in de Verenigde Staten blijkt dat de anti-epileptica gabapentine en pregabaline nochtans in toenemende mate (*off-label*) worden voorgeschreven voor vele vormen van pijn. Deze anti-epileptica kunnen een beperkte plaats hebben bij bepaalde patiënten met een neuropathische pijncomponent, maar er is meer onderzoek nodig om hun precieze plaats te bepalen bij de behandeling van rugpijn.[4]
- Bepaalde tricyclische antidepressiva en duloxetine (zie 10.3. Antidepressiva) worden ook gebruikt bij chronische neuropathische pijn [zie Transparantiefiche "Neuropathische Pijn"].

Nota : commentaar bij cijfers over opioïdgebruik

Het wereldwijd stijgend gebruik van opioïden stemt tot nadenken. Zeker in de Verenigde Staten wordt momenteel veel aandacht besteed aan de verslavingsproblematiek en de mortaliteit ten gevolge van opioïden[5]. In de Folia van september 2016 schreven we nog dat de cijfers over opioïdgebruik in ons land moeilijk te interpreteren zijn omdat men geen inzage heeft in het aandeel van het gebruik bij niet-kankerpijn. In dit verband is het interessant op te merken dat in Nederland een rapport over het voorschrijven van opioïden in de Nederlandse huisartsenpraktijk gepubliceerd werd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)[6]. Daaruit blijkt tussen 2005 en 2015 een sterke toename van het aantal voorschriften voor opioïden, voornamelijk bij ouderen (75 jaar en meer). Deze stijging is te verklaren door meer voorschriften voor rug-, nek- en schouderklachten, niet voor kankerpijn. Er werd een verzesvoudiging opgetekend voor het aantal voorschriften van krachtige opioïden, met de sterkste toename voor het middel oxycodon. Zwakwerkende opioïden worden het vaakst voorgeschreven en hun aantal verdubbelde, met tramadol als meest voorgeschreven. Het groot gebruik van tramadol zou onder meer kunnen verklaard worden door de toename aan chronische pijnklachten in de vergrijzende bevolking. Ook in de VS wordt tramadol in toenemende mate voorgeschreven. Er werd gesuggereerd dat dit zou kunnen te maken hebben met de intensieve commerciële promotie voor dit middel, samen met de perceptie dat tramadol minder aanleiding geeft tot afhankelijkheid, wat niet met de realiteit strookt.[7]

Uit de cijfers van het NIVEL blijkt dat ook de combinatie van tramadol met paracetamol in toenemende mate wordt voorgeschreven. Nochtans heeft de vaste associatie van paracetamol + tramadol weinig zin: men kan de dosis tramadol onder deze vorm moeilijk titreren en de halfwaardetijd van de twee bestanddelen is sterk verschillend.

Voetnoten

a Radiculaire pijn is een uitstralende pijn met een dermatomale distributie in de onderste ledematen, die ontstaat door prikkeling van een zenuw op de plaats waar deze uit het ruggemerg komt, bv. ischias.

Specifieke bronnen

1 Nederlandse samenvatting van de KCE Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287A_Lage_rugpijn_en_radiculaire_pijn_Samenvatting.pdf
volledig rapport in het Engels https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287_Low_back_pain_Report_2.pdf
2 Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. BMJ 2015; 350:h1225; doi: 10.1136/bmj.h1225

3 Mathieson S, Maher CG, McLachlan AJ, et al. Trial of pregabalin for acute and chronic sciatica. N Engl J Med 2017; 376:1111-20.

4 Goodman CW, Brett AS. Gabapentin and pregabalin for pain – is increased prescribing a cause for concern? N Engl J Med 2017; 377; 411-412. doi: 10.1056/NEJMp1704633

5 Volkow ND, Collins FS. N Engl J Med. 2017 [Epub ahead of print] The Role of Science in Addressing the Opioid Crisis. doi: 10.1056/NEJMsr1706626.

6 NIVEL rapport: Voorschrijven van opioïden in de huisartsenpraktijk.
https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_voorschrijven_opioiden.pdf

7 Lewis SN, David NJ. JAMA Intern Med. 2015;175(2):194-195. Tramadol and Hypoglycemia – One more thing to worry about. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.5260

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.