

# Nekpijn, hoofdpijn, duizeligheid en Tinnitus

*Screening, onderzoek en behandeling*

Barbara Cagnie, Jan Pool, Roel Wingbermühle en Sarah Michiels



Dag 1;  
Klinisch redeneren bij klachten aan de  
(hoog) cervicale wervelkolom

---

## Achtergrond

Nekpijn is een veel voorkomende klacht, met punt-prevalenties variërend van 10% tot 22%. Nekpijn komt het meest voor rond het vijf en veertigste jaar en meer bij vrouwen dan bij mannen. Nekpijn gaat vaak gepaard met bewegingsbeperking en kan de patiënt veel ongemak bezorgen. Daarnaast heeft het economische consequenties omdat het leidt tot werkverzuim en in sommige gevallen ook tot arbeidsongeschiktheid.

In Nederland worden de kosten voor nekpijn geschat op 1,2 miljard gulden per jaar. Oorzaken van nekpijn zijn onder meer traumata (in het bijzonder auto-ongevallen), infecties, tumoren, aangeboren afwijkingen en ontstekingen. In de meeste gevallen kan echter geen onderliggende oorzaak worden vastgesteld en worden de klachten aangemerkt als niet-specifieke nekpijn. In de huisartsenpraktijk melden zich jaarlijks zo'n 22 per 1000 geregistreerde patiënten. Bij patiënten met een acute episode van nekkklachten zal de huisarts doorgaans rust en/of medicatie voorschrijven. In veel gevallen is deze aanpak afdoende en zullen de klachten binnen 1 à 2 weken sterk verminderen of zelfs verdwijnen. Een aanzienlijk deel van de patiënten reageert echter niet op een dergelijke behandeling. Tot voor kort was er weinig bekend over het klinisch beloop van nekkklachten. In een follow-up studie rapporteerde 32% van de patiënten met nekkklachten na 10-15 jaar nog matige tot ernstige pijn. Onlangs concludeerden Borghouts et al. op basis van een systematische review dat 50% van de patiënten met chronische nekkklachten vooruitgang vertoont over een periode van 6 maanden. In een daaropvolgend onderzoek met een follow-up duur van twee jaar bleek de gemiddelde ernst van de klachten echter vrij stabiel te zijn.

Indien de klachten persisteren besluit de huisarts vaak om de patiënt te verwijzen voor fysiotherapie of voor manuele therapie. De effectiviteit van deze behandelingen is onderzocht.

Literatuur over de effectiviteit van behandelingen voor a-specifieke nekkklachten is verder schaars, er zijn slechts enkele goede gerandomiseerde studies uitgevoerd. Gross et al. concludeerden in een review dat niet **een** specifieke behandeling de voorkeur had. Een combinatie van manuele therapie en oefentherapie bleek als behandeling nog het meest effectief te zijn. Van Tulder et al. geven in een review aan geen aanbevelingen te kunnen doen vanwege de vele methodologische tekortkomingen en de beperkte hoeveelheid RCT's in deze review.

Daarnaast blijkt uit een recente review van Maissan et al 2018 dat het klinisch redeneerproces binnen een RCT nogal tekort schiet.

Op deze eerste cursusdag zal vanuit casuïstiek in worden gegaan op klinische redeneren waarbij het screenings proces, de diagnostiek en de behandelmogelijkheden die daarop volgen aan de orden komen. Bij de bespreking van het screeningsproces zal nader worden ingegaan op de hoog cervicale regio.

Ook de praktijk komt daarbij aan de orde, welke diagnostisch middelen zijn er beschikbaar hoe kunnen ze worden ingezet en welke waarde hebben ze voor het klinische redeneren. Te denken aan specifieke vragen lijsten , meetinstrumenten maar ook aan het gebruik van virtual reality.

Daarnaast zal worden ingegaan waarbij de laatste onderzoeken naar de effectiviteit van interventies.

### Leeruitkomsten voor dag 1;

- kent u de prevalentie en incidentie van nekkklachten en van na- en bijwerkingen van cervicale manipulaties
- heeft u de kennis met betrekking tot anatomie van de cervicale wervelkolom opgefrist
- heeft u inzicht in het screeningsproces en klinisch redeneren bij klachten in de (hoog)cervicale wervelkolom
- kunt u de risicofactoren en rode vlaggen in de cervicale wervelkolom herkennen

- kunt u een risico-baten-analyse uitvoeren
- heeft u inzicht in de diagnostiek in de cervicale wervelkolom
- kunt u kiezen uit de diverse behandelopties, gebaseerd op de best beschikbare evidentie
- heeft u inzicht in het testen en toepassen van motor control als mogelijkheid van diagnostiek en behandelen
- kunt u een risico-baten-analyse uitvoeren

### Programma dag 1

- introductie klinisch redeneren
- casuïstiek bespreken
  - screeningsproces hoogcervicaal met praktijk
  - screeningsproces cervicaal met praktijk
- anatomische variaties, intermezzo
- diagnostiek
  - meetinstrumenten
  - performance metingen met praktijk, ROM/ 3D passief en actief onderzoek/motor control
  - waarde van Virtual reality in de diagnostiek
- interventiemogelijkheden aan de hand van schema van DeWitte
- evidence informed practice
- resume

### literatuur;

1. Kristjansson E, Treleaven J. Sensorimotor function and dizziness in neck pain: implications for assessment and management. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 2009; 39: 364-377.
2. Treleaven J. Sensorimotor disturbances in neck disorders affecting postural stability, head and eye movement control--Part 2: case studies. *Man. Ther.* 2008; 13: 266-275.
3. Maissan F, Pool J, Stutterheim E, Wittink H, Ostelo R Clinical reasoning in unimodal interventions in patients with non-specific neck pain in daily physiotherapy practice, a Delphi study. *Musculoskelet Sci Pract.* 2018 Oct;37:8-16.
4. Dewitte V, Peersman W, Danneels L, Bouche K, Roets A, Cagnie B. *Man Ther.* 2016 Dec;26:87-96. Subjective and clinical assessment criteria suggestive for five clinical patterns discernible in nonspecific neck pain patients. A Delphi-survey of clinical experts.
5. Bier JD, Scholten-Peeters WGM, Staal JB, Pool J, van Tulder MW, Beekman E, Knoop J, Meerhoff G, Verhagen AP. Clinical Practice Guideline for Physical Therapy Assessment and Treatment in Patients With Nonspecific Neck Pain. *Phys Ther.* 2018 Mar 1;98(3):162-171.
- 6.

