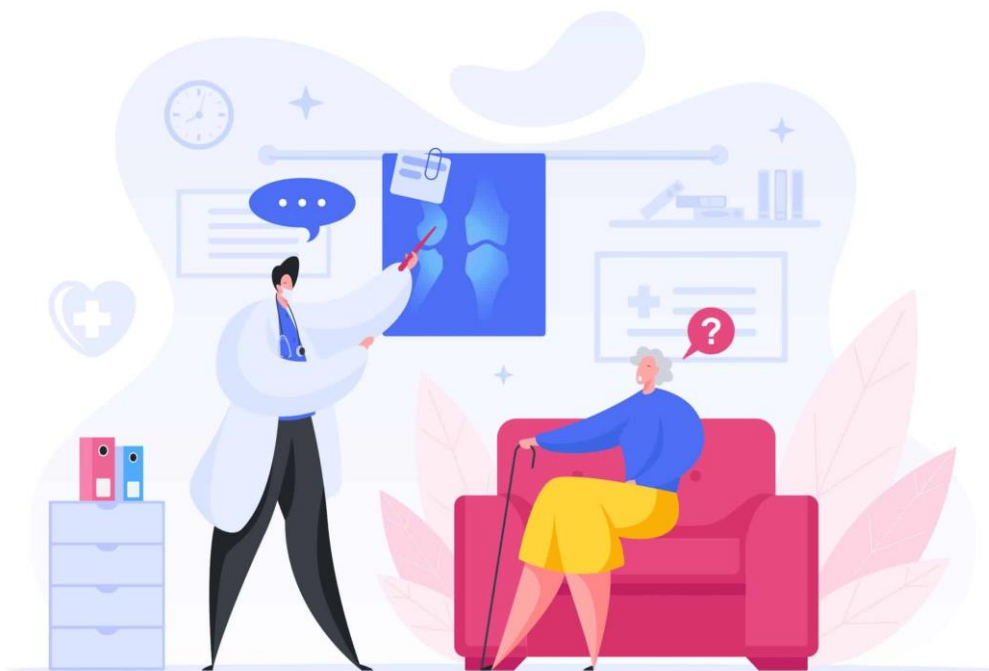


Radiologisch onderzoek creëert patiënten

24 juli 2026

Beeldvorming lijkt zekerheid te bieden, maar doet dat niet altijd. Integendeel: vaak worden afwijkingen gevonden die geen relatie hebben met de klachten, maar wel het gedrag en de verwachtingen van patiënt én therapeut sturen. Zo draagt beeldvorming niet alleen bij aan overdiagnostiek, maar ook aan het in stand houden van klachten.



Tekst: Guus Rothuizen

Beeldvorming is goedkoper, sneller en toegankelijker dan ooit, en dat zien we terug in de eerstelijnszorg. Brits longitudinaal onderzoek laat zien dat het aantal aanvragen voor bijvoorbeeld MRI-scans van knie en lage rug tussen 2000 en 2015 sterk is gestegen.¹ Die toename komt niet alleen voort uit medische noodzaak. Artsen ervaren vaker druk van patiënten en hun omgeving om beeldvorming in te zetten, ook zonder duidelijke indicatie. Een beperkte risicotolerantie, gecombineerd met een groot vertrouwen in radiologische technieken die ‘de oorzaak’ van pijn zichtbaar zouden maken, speelt daarbij een rol.

Tweesnijdend zwaard

Ook fysiotherapeuten merken de gevolgen. Patiënten komen steeds vaker binnen met een radiologische diagnose, en van de therapeut wordt dan verwacht dat die deze volgens de bijbehorende richtlijn behandelt. Zo krijgt het klinisch proces a priori een richting die mogelijk zowel de therapeut als de patiënt op het verkeerde been zet. Dit fenomeen werkt als een tweesnijdend zwaard: het opsporen van ernstige pathologie is essentieel, maar laagdrempelige beeldvorming leidt ook tot overdiagnostiek en medicalisering.

Geen klachten

De 'better safe than sorry'-benadering bij musculoskeletale diagnostiek voelt veilig, maar botst vaak met de klinische realiteit. Radiologische bevindingen correleren namelijk lang niet altijd met pijn of functionele beperkingen.

Een grote meta-analyse naar afwijkingen aan de wervelkolom bij mensen met en zonder klachten maakt dat pijnlijk duidelijk. Discusdegeneratie zien we bij 37 procent van de 20-jarigen en bij 96 procent van de 80-jarigen.² Discusbulging komt voor bij 30 procent van de 20-jarigen en bij 84 procent van de 80-jarigen. Annulaire fissuren blijken bij bijna een derde van de pijnvrije populatie aanwezig.²

Ditzelfde patroon zien we in de schouder. Recent onderzoek met hoogwaardige 3-Tesla MRI bij volwassenen van 41 tot 76 jaar toont bij 98,7 procent van de deelnemers afwijkingen aan de rotatorcuff.³ Opvallend: de prevalentie was vrijwel gelijk bij mensen mét klachten (98 procent) en zonder klachten (96 procent). Zelfs volledige rupturen blijken in 78 procent van de gevallen voor te komen bij mensen die nergens last van hadden.³

Ook in de onderste extremiteit zien we vergelijkbare cijfers. Tot 68 procent van de asymptomatische individuen vertoont bij een heupscan tekenen van een labrumscheur;⁴ kraakbeendefecten in de knie worden bij 43 procent van de pijnvrije veertigplussers gevonden.⁵

Hoe afwijkend is afwijkend?

Op basis van deze gegevens is het tijd om de term 'degeneratief' te heroverwegen. Wanneer een structurele verandering bij de meerderheid van de bevolking voorkomt, is het niet langer zinvol om van pathologie te spreken. Het gaat om leeftijdsgerelateerde adaptatie: iets dat erbij hoort, net als grijs haar of rimpels. Wie diagnoses puur op radiologische bevindingen baseert, creëert patiënten.

Betrouwbare diagnostiek vraagt om klinische redenering, gebaseerd op een

uitgebreide anamnese en passend lichamelijk onderzoek. Beeldvorming is daarbij aanvullend, geen gouden standaard op zich.

Communicatie

Wat we zien op een scan is één ding; wat we ermee doen, is iets anders. Taal is daarbij geen bijzaak, maar een therapeutisch instrument. De woorden die we kiezen rond een radiologische uitslag bepalen mede hoe een patiënt herstelt.

Termen als 'slijtage' of 'scheur' kunnen bijvoorbeeld leiden tot beweegangst en vermijdingsgedrag.

Onderzoek laat zien dat patiënten bij wie artsen termen als 'een episode van rugpijn' of 'aspecifieke rugpijn' gebruiken, minder behoefte hebben aan vervolgdagnostiek, minder snel een second opinion zoeken en een hogere verwachting hebben van hun herstel.⁶ Door uit te leggen hoe vaak dit soort bevindingen voorkomen, en hoe beperkt ze correleren met de klachten, kunnen we patiënten geruststellen. Wat op de scan 'afwijkend' lijkt, is dat in de praktijk lang niet altijd.

Geen simpele verklaring

De vraag die dan volgt, is begrijpelijk: waarom heeft de ene persoon wél pijn en de andere niet, als de scan er hetzelfde uitziet? Het biopsychosociale model kan ons hierbij helpen. Pijn is helaas niet zo makkelijk te verklaren door één afwijking op een scan, één bewegingsbeperking of één spier die wat minder functioneert. Er spelen vrijwel altijd meerdere factoren mee in de ontwikkeling van pijnklachten, zoals eerdere trauma's, chronische stress of sensitisatie.

De neiging om één factor aan te wijzen als oorzaak is begrijpelijk, maar te simplistisch. We diagnosticeren diabetes immers ook niet louter op basis van dorst. Dat zijn zaken die de patiënt best mag weten. En wij zijn degenen die het moeten vertellen.

- guus-rothuisen@hotmail.com