

Lumbosacraal radiculair syndroom

Helpt de behandeling wel?

Als je de waslijst van therapieën ziet die kunnen worden voorgeschreven bij de behandeling van een LRS (lumbosacraal radiculair syndroom): perorale geneesmiddelen, infiltraties, fysiotherapie, radiofrequentie, transcutane neurostimulatie ..., zou je je inderdaad kunnen afvragen of die behandelingen wel werken. Een overzicht van de op bewijskracht gestoelde literatuur en de antwoorden van prof. Koen Van Boxem (Sint-Jozefkliniek, Bornem, België, en Universitair Medisch Centrum Maastricht, NL).

Discushernia is de frequentste oorzaak van een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS), een klinische entiteit die ook ischias, lage rugpijn of compressie van een zenuwwortel wordt genoemd. De incidentie is van de grootteorde van 9/1000 inwoners en de prevalentie gemiddeld 5%. In 75% van de gevallen geneest het syndroom spontaan en daalt de pijnscore op een VAS van 70 naar 15 na gemiddeld 13 weken. Maar 25% van de patiënten, overwegend vrouwen, ziet geen verbetering, 40% reageert niet op een tweedelijns therapie en 25% stopt met werken. Het betreft een conflict tussen de tussenwervelschijf en de zenuwwortels. De mechanische compressie van de zenuwwortel veroorzaakt een pijn, vaak een neuropathische pijn, die negatieve weerslag heeft op de levenskwaliteit.

Rust, geneesmiddelen en infiltraties

Vroeger werd strikte bedrust aangeraden. Veel studies hebben evenwel aangetoond dat bedrust niet beter is dan voortzetting van de fysieke activiteit binnen de limieten van de pijntolerantie (Goldberg, JAMA 2015). Paracetamol volstaat meestal niet en wordt daarom vaak gecombineerd met bijv. tramadol en codeïne. Morfinederivaten zijn alleen geïndiceerd bij een zeer pijnlijke radiculopathie. Anti-epileptica zoals pregabaline en gabapentine zijn nuttig bij de behandeling van de neuropathische component van het LRS. Je kan ook corticosteroiden geven per os of via epidurale infiltraties (via interlaminaire, transforaminale of caudale weg). Het resultaat hangt mede af van de toegangsweg (TF > IL - caudaal). Met corticoïden kan je chirurgie voorkomen, althans op korte termijn (RR = 0,68). Je kan zo 1/3 tot de helft van de patiënten een operatie besparen (Bicket, Spine J 2015), maar er kunnen neurologische complicaties en infecties optreden. Vandaar dat een half dozijn wetenschappelijke verenigingen in de Verenigde Staten en bij ons in de Benelux (BPS, WIP ...) gezamenlijk een preventieve gids heeft gepubliceerd (Rathmell, Anesthesiology 2015). Epidurale injecties van TNF-alfa-antagonisten zijn niet doeltreffend gebleken. Epidurale injecties van NGF-antagonisten hebben maar een beperkt effect.

Fysiotherapie, chirurgie, radiofrequentie en neurostimulatie

Fysiotherapie is niet altijd geïndiceerd tijdens de fase van zeer pijnlijke lumbale radiculopathie. Bij het uitvoeren van wervelmanipulaties is voorzichtigheid geboden en soms zijn die zelfs gecontra-indiceerd bij een typische ischias door discuslijden. Chirurgie (interlaminaire of foraminale discectomie) werkt goed op korte termijn, maar op lange termijn zijn de resultaten minder overtuigend in vergelijking met epidurale injecties. Bovendien kan chirurgie worden gecompliceerd met een flebitis, een infectieuze discitis, een persisterende lumbosciatalgie en een verergering van de lage rugpijn. Gepulseerde radiofrequentie met een temperatuur van hoogstens 42 °C vermindert de neuropathische pijn (DN4) en verbetert de levenskwaliteit in 55% van de gevallen (Van Boxem, Pain Medicine 2015). Neurostimulatie van het ruggenmerg is een laatste stadium bij de behandeling van refractaire chronische pijn. De best gedocumenteerde indicaties volgens een rapport van het KCE zijn een mislukking van wervelkolomchirurgie, een complex regionaal pijnsyndroom, kritieke ischemie van de ledematen en refractaire angina pectoris.¹

Ref. 1. www.kce.fgov.be KCE Reports 189Bs. D/2012/10.273/78.

De "Belgian Pain Society" kent haar Annual Award 2015 toe

De jaarlijkse prijs voor onderzoek 2015 werd dit jaar toegekend aan prof. Joris Vriens (Laboratorium voor experimentele gynaecologie en verloskunde, KULeuven), voor zijn studie "TRPM3 as a Target for Treatment of Inflammatory Pain".



De laureaat rechts in het gezelschap van prof. A. Berquin en prof. A. De Laet

De TRP-kanalen (TRP = Transient Receptor Potential) zijn een familie van 7 kationenkanalen. Ze worden geactiveerd door intra- of extracellulaire boodschappers, chemische stoffen, mechanische prikkels en osmotische stress. TRPM3 behoort tot de familie van de TRPM-kanalen of melastatinekanalen. Ze vormen een calciumkanaal dat wordt geactiveerd door veranderingen van de extracellulaire osmolariteit, depletie van de calciumreservoirs en D-erytrosfingosine. TRPM3 wordt tot expressie gebracht in sensorische neuronen en is dan ook een potentiële therapeutische target. Een preliminaire studie heeft aangetoond dat een nieuw geneesmiddel dat de TRP-kanalen remt, de pijn en de ontsteking vermindert. Dat is een interessante benadering. Vroegere studies hebben aangetoond dat die CAV3,2-calciumkanalen de pijnstillende werking van paracetamol zouden kunnen mediëren. Die kanalen bevinden zich distaal van een andere familie van receptoren, de TRPV1-receptoren.

Dr. Claude Biéva

Copyright Mediquality

The BPS is not responsible for the content of this article.