

Hyperkyfose of kromme rug

Annemarije Kruis, Just Eekhof

Hyperkyfose ('bochel') is een irreversibele aandoening die verschillende oorzaken kan hebben, waaronder wervelfracturen en osteoporose, maar er is ook een leeftijdsgebonden component. Van de 60-plussers heeft 20 tot 40% een 'leeftijdsgebonden hyperkyfose'. Deze kan leiden tot pijn, ademhalingsproblemen en een verhoogd valrisico. Het beleid bestaat uit uitleg, oefentherapie en bij ernstige klachten pijnmedicatie.

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

Patiënten komen met de klacht dat ze steeds krommer worden en daardoor fysieke klachten krijgen zoals pijn of een bewegingsbeperking. De huisarts moet erop bedacht zijn dat de pijn niet alleen kan komen door de veranderde houding, maar mogelijk ook door een inzakkingsfractuur.

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

De normale kromming van de thoracale wervelkolom neemt toe wanneer we ouder worden. Bij mensen tot 40 jaar is de kromming gemiddeld 20 tot 30°. Na het 40e jaar neemt de kromming toe, bij vrouwen sneller dan bij mannen. Als de kromming > 40° bedraagt, spreekt men bij ouderen van leeftijdsgebonden hyperkyfose. Er zijn geen precieze getallen bekend over het voorkomen van hyperkyfose. Uit het weinig onderzoek blijkt dat het mogelijk gaat om een prevalentie van 20 tot 40% bij mensen > 60 jaar.¹

Elke meer dan gemiddelde kromming van de thoracale wervelkolom noemen we hyperkyfose. De pathogenese is multifactorieel; er zijn veel processen die invloed hebben op het naar voren buigen van de wervels. Bij ongeveer 40% van de patiënten wordt de hyperkyfose veroorzaakt door vertebrale compressiefracturen (wervelinzakkingsfracturen). Omdat door de verdere voorwaartse buiging meer druk op de wervelkolom wordt gezet, kan een hyperkyfose zelf weer nieuwe inzakkingsfracturen doen ontstaan.

Er is een sterke associatie tussen osteoporose, wervelfracturen en hyperkyfose. Immers, bij een lagere botdichtheid is de kans groter dat een wervel inzakt of breekt.^{1,2} Andere veelgenoemde risicofactoren zijn slechte houding, verminderde mobiliteit



Van de mensen > 60 jaar heeft mogelijk 20 tot 40% leeftijdsgebonden hyperkyfose.

van de wervelkolom, vallen en te weinig kracht in de strekspieren van de rug.^{1,2}

Ook erfelijke aanleg kan een rol spelen. Uit onderzoek blijkt dat veel patiënten een familielid hebben met hyperkyfose, ook als men corrigeert voor osteoporose of wervelfracturen in de familie. Ook treedt hyperkyfose op bij een aantal idiopathische en erfelijke aandoeningen, zoals de ziekte van Scheuermann, het syndroom van Marfan, het syndroom van Ehlers-Danlos en osteogenesis imperfecta.¹

Een hyperkyfose kan niet alleen leiden tot pijn en bewegingsbeperking, maar heeft ook een negatieve invloed op de fysieke gesteldheid en op de longfunctie. Daarnaast vergroot hyperkyfose het risico op vallen en op overlijden.¹⁻⁴

DIFFERENTIAALDIAGNOSE EN EPIDEMIOLOGIE

Bij wervelinzakkingsfracturen staan uiteraard ook metastasen

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder is gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen en alledaagse klachten bij ouderen* onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2021. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

DE KERN

- Hyperkyfose is een abnormale achterwaartse kromming van de wervelkolom ('bochel').
- De versterkte kromming kan meerdere oorzaken hebben, zoals een wervelinzakkingsfractuur, osteoporose, een slechte houding of verminderde mobiliteit van de wervelkolom.
- Patiënten met een hyperkyfose hebben vaak pijn en een verhoogde kans op vallen en nieuwe inzakkingsfracturen.

van bijvoorbeeld een long-, prostaat- of mammacarcinoom hoog in de differentiaaldiagnose.

Uit de huisartsregistratiesystemen zijn geen incidentie- of prevalentiecijfers te herleiden, want hyperkyfose kan worden geregistreerd onder ICPC-code L28 (functiebeperking/handicap bewegingsapparaat), L29 (andere/meerdere symptomen/klachten bewegingsapparaat) of L99 (andere ziekte(n) bewegingsapparaat). De internationale literatuur noemt prevalenties van 20 tot 40%, meer bij vrouwen dan bij mannen. Het verrichte onderzoek is vrij oud en heeft betrekking op kleine aantallen patiënten.

ANAMNESE EN ONDERZOEK

Vraag naar de volgende zaken:

- wanneer heeft de hyperkyfose zich ontwikkeld of is hij begonnen?
- zijn er aanwijzingen voor wervelfracturen, zoals verlies van lichaamslengte, recent trauma, voorafgaande episodes van rugklachten?
- zijn er pijnklachten van de rug?
- waren er op jongere leeftijd al pijnklachten of standsafwijkingen van de rug?
- heeft de patiënt osteoporose of risicofactoren voor osteoporose?
- valt de patiënt vaak?
- heeft de patiënt familieleden met een kromme rug?
- ondervindt de patiënt hinder en beperkingen bij dagelijkse activiteiten?
- is de patiënt kortademig vanwege de houding?

Onderzoek de standsafwijking in de rug en beoordeel of er sprake is van een versterkte kyfose. Let daarbij op de beweeglijkheid van de wervelkolom en op de aanwezigheid van een lumbale lordose. Asdrukpijn of kloppijn op de wervelkolom kan een teken zijn van een wervelinzakking. Wees bedacht op metastasen, met name bij patiënten met een oncologische voorgeschiedenis. Beoordeel daarnaast het evenwicht en de mobiliteit van de patiënt.

De diagnose 'hyperkyfose' kan worden gesteld met het blote oog, dus aanvullend onderzoek is meestal niet nodig. Bij vermoeden van een wervelinzakkingsfractuur, met name als

de hyperkyfose recent is ontstaan of bij recent trauma, kan een röntgenfoto uitsluitend geven. Een radioloog kan de ernst van de kyfose meten aan de hand van de cobbhoek tussen de wervels Th2 en Th12.¹

BELEID

- Voorlichting. Het doel van de behandeling is verminderen van eventuele pijnklachten. Leg uit welke factoren een rol spelen bij het ontstaan van hyperkyfose. Vertel dat de aandoening in principe goedaardig is maar niet reversibel, en dat zij kan leiden tot pijnklachten, verminderde mobiliteit en een hogere kans op vallen.
- Oefentherapie. De fysiotherapeut kan desgewenst oefeningen geven om de flexibiliteit en houding te verbeteren en de rug- en buikspieren te versterken.
- Medicatie. Wanneer de patiënt veel pijn heeft, kan pijnstilling worden voorgeschreven conform de NHG-Standaard Pijn.⁵
- Osteoporose. Bij een vermoeden van een osteoporotische wervelinzakking is het (zeker bij jonge patiënten) van belang te screenen op osteoporose en aandacht te besteden aan het advies om voldoende calcium en vitamine D te gebruiken (zie NHG-Standaard Fractuurpreventie).⁶
- Corset. Indien de patiënt dat wenst, kan het aanmeten van een corset worden overwogen.

WAT IS AANGETOOND?

In 2 systematische literatuuronderzoeken wordt geconcludeerd dat een oefenprogramma met stretching en/of versterkende krachtoefeningen voor rug- en buikspieren effectief kan zijn in het verbeteren van de houding van patiënten met een hyperkyfose.^{2,7} Er is geen verschil in effectiviteit bij mannen en vrouwen.⁸ Deze trainingsprogramma's zijn intensief maar veilig en geven geen groter risico op wervelfracturen bij oudere vrouwen met een zeer lage botdichtheid.⁹

WANNEER VERWIJZEN?

Als de klachten ernstig zijn en persisteren, ondanks pijnmedicatie en fysiotherapie, kan eventueel naar een pijnteam worden verwezen.

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Hyperkyfose is een chronische aandoening. Uitleg over de oorzaken en het beloop kan onnodige diagnostiek voorkomen. Het is belangrijk te kijken naar oplossingen die de pijn kunnen verminderen en de patiënt en diens naasten uit te leggen dat er door de veranderde houding een grotere kans is op vallen. ■

DANKBETUIGING

De auteurs danken dr. H.J.L. van der Heide (Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Orthopedie) voor zijn commentaar op de tekst.

LITERATUUR

1. Roghani T, Zavieh MK, Manshadi FD, King N, Katzman W. Age-related hyperkyphosis: update of its potential causes and clinical impacts-narrative review. *Aging Clin Exp Res* 2017;29:567-77.
2. Bansal S, Katzman WB, Giangregorio LM. Exercise for improving age-related hyperkyphotic posture: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95:129-40.
3. Lorbergs AL, O'Connor GT, Zhou Y, Trivison TG, Kiel DP, Cupples LA, Rosen H, Samelson EJ. Severity of kyphosis and decline in lung function: the Framingham Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017;72:689-94.
4. McDaniels-Davidson C, Davis A, Wing D, MAcera C, Lindsay SP, Schousboe JT, Nichols JF, Kado DM. Kyphosis and incident falls among community-dwelling older adults. *Osteoporos Int* 2018;29:163-9.
5. NHG-werkgroep Pijn. NHG-Standaard Pijn. Utrecht: NHG, 2018. Versie 2.2, geraadpleegd 2 juni 2021. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/pijn>.
6. NHG-werkgroep Fractuurpreventie. NHG-Standaard Fractuurpreventie. Utrecht: NHG, 2012. Versie 3.0, geraadpleegd 2 juni 2021. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/fractuurpreventie>.
7. González-Gálvez N, Gea-García GM, Marcos-Pardo PJ. Effects of exercise programs on kyphosis and lordosis angle: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019;14:e0216180.
8. Katzman WB, Parimi N, Gladin A, Poltavskiy EA, Schafer AL, Long RK, et al. Sex differences in response to targeted kyphosis specific exercise and posture training in community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2017;18:509.
9. Watson SL, Weeks BK, Weis LJ, Harding AT, Horan SA, Beck BR. High-intensity exercise did not cause vertebral fractures and improves thoracic kyphosis in postmenopausal women with low to very low bone mass: the LIFTMOR trial. *Osteoporos Int* 2019;30:957-64.

Kruis AL, Eekhof JA. Hyperkyfose of kromme rug. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1294-9.
Huisartsenpraktijk Vathorst, Amersfoort: dr. A.L. Kruis, huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public health & Eerstelijns-geneeskunde: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden, j.a.h.eekhof@lumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.