

Referaten

verzorgd door de studiegroep artikelendocumentatie

Safety and efficacy of chymopain (Chymodiactin) in herniated nucleus pulposus with sciatica: results of a randomized, doubleblind study. Javid MJ, Nordby EJ, Ford LT, et al. *JAMA* 1983; 249: 2489-94.

Ten einde na te gaan of injectie met chymopapaine in de discus intervertebralis bij hernia nuclei pulposi zinvol is, heeft een groep onderzoekers van de Universiteit van Wisconsin, met medewerking van diverse ziekenhuizen, een onderzoek hiernaar gedaan. In totaal werden 108 patiënten behandeld, van wie 55 met chymodiactin (een chymopapaine-produkt, dat farmacologisch iets minder toxisch is dan zuivere chymopapaine) en 53 met fysiologische zoutoplossing. Het was een dubbelblind onderzoek waarbij om en om, zonder dat de betrokkenen wisten waarmee gespoten werd, door neuro-chirurgen en orthopeden de HNP werd geïnjecteerd.

Er werd een strenge selectie uitgevoerd, in die zin dat aan de volgende voorwaarden voldaan moest worden: de leeftijd moest tussen 18 en 60 jaar liggen, zowel voor mannen als vrouwen; het gewicht mocht niet hoger zijn dan 10 procent boven het ideale gewicht; de hernia moest myelografisch zijn aangetoond en niet meer dan één tussenwervel betreffen, terwijl planigrafisch andere wervelafwijkingen uitgesloten moesten zijn; de patiënt moest wortelpijn hebben, die na zes weken conservatieve therapie, inclusief twee dagen bedrust, niet was verminderd; neurologisch moest minstens één van de drie volgende symptomen aantoonbaar zijn: spierzwakte, hypalgesie van het desbetreffende dermatoom en reflex-vermindering van knieën en achillespees. Vlak vóór de injectie moest een discogram van de nucleus de hernia aangetoond hebben, hetgeen uiteraard meteen een mogelijkheid bood, om te weten of de injectienaald goed in de hernia zat.

Uitgesloten van de proef werden de patiënten die al eens een laminectomie hadden ondergaan, patiënten met snel progressieve uitvalsverschijnselen, verdenking op tumor, vermoedelijk allergie voor papaine of jodium, diabetes, zwangerschap en patiënten met evidente psychische stoornissen.

Na de injectie werd zes weken later en zes maanden later aan de patiënten gevraagd hoe het ging met de pijn, terwijl neurologisch onderzoek werd gedaan om te kunnen aantonen of er verschil was met de situatie van vóór de injectie. Iedere patiënt voor wie er reden was om de code voortijdig te verbreken, werd bij de mislukkingen geteld.

Uit dit onderzoek is gebleken, dat het om te beginnen niet juist is, reeds na zes weken een oordeel uit te spreken over het effect van de papaine-injectie. Onder de 55 patiënten bij wie bleek dat ze met papaine waren ingespoten, waren 15 mislukkingen; met andere woorden: 40 van de 55 reageerden goed op de injectie. Van de 53 placebo-patiënten bleken er 31 te zijn mislukt, met andere woorden: 22 van de 53 reageerden gunstig op een injectie met fysiologische zoutoplossing. Een verklaring hiervoor is niet exact te geven, zoals zo vaak bij placebo-effect. Van de 31 „mislukkingen” uit deze placebo-groep kregen allen nog een injectie met echte papaine, van wie er nu 28, dat wil zeggen 90 procent, positief reageerden.

Al met al lijkt het er dus op, dat het zinnig is bij aangetoonde HNP eerst papaine in te spuiten, hetgeen op zijn minst een veel kostbaarder en ingrijpender ingreep als laminectomie overbodig kan maken.

M. Reijerse

The differential diagnosis of backache. Waddel G, Hamblen DL. *Practitioner* 1983; 227: 1167-75.

Om het grote aantal patiënten met rugpijn tegemoet te treden, zou de arts willen beschikken over een simpel instrument waarmee hij ernstige pathologie kan uitsluiten, een prognose kan geven en een rationele therapie kan instellen.

De auteurs, twee orthopedisch chirurgen, gebruiken hiertoe een indeling in drie diagnosegroepen: „mechanische” rugpijn, wervelpathologie en wortelprickeling. Bij de anamnese is het van belang, te weten dat tussen de 20 en 55 jaar weinig wervelpathologie voorkomt en dat pijn in het thoracale gebied vrij

vaak duidt op pathologie. Er dient gevraagd te worden naar algemene symptomen (koorts, gewichtsverlies, etc.) en neurologische symptomen.

Twee belangrijke beslissingen volgen dan. Bij pijn in het been dient onderscheid gemaakt te worden tussen „referred pain” en wortelprickeling. Bij 90 procent van de patiënten is dit na een nauwkeurige anamnese duidelijk. Voorts moet men „mechanische” pijn onderscheiden van „niet-mechanische” pijn. Mechanisch veroorzaakte pijn is afhankelijk van houding en activiteit, en zakt na enige tijd rust. Niet-mechanische pijn kan duiden op wervelpathologie. Deze indeling dient bevestigd te worden door een lichamelijk onderzoek.

Een sterk beperkte flexie van de lumbale wervelkolom duidt op een ernstig mechanisch probleem of wervelpathologie. Een positieve proef van Lasègue (heffen van het been geeft uitstralende pijn in het been) en neurologische uitval duidt op wortelprickeling.

Als aanvullend onderzoek wordt een BSE en een röntgenonderzoek aanbevolen om wervelpathologie op het spoor te komen. Er is overigens nauwelijks een correlatie tussen degeneratieve röntgenbevindingen en symptomen. Bij „mechanische” rugpijn wordt hiermee volstaan.

Van de patiënten met wortelprickeling geneest 90 procent met conservatieve behandeling.

De diagnose discusprolaps dient pas gesteld te worden als minstens drie van de vier volgende symptomen aanwezig zijn:

- uitstralende pijn;
- tekenen van wortelprickeling;
- tekenen van wortelcompressie;
- een positief myelogram.

Patiënten met twee van de vier criteria hadden vaak een benige wortelcompressie. Deze patiënten kwamen in het algemeen uit de leeftijdsgroep van 40 tot 70 jaar en hadden meer degeneratieve afwijkingen op de röntgenfoto.

Symptomen die kunnen wijzen op wervelpathologie, zijn: leeftijd onder de 20 jaar en boven de 55 jaar, een suspecte voorgeschiedenis, algemene symptomen, pijn in het thoracale gebied, „niet mechanische” rugpijn, een beperkte flexie, afwijkingen op de röntgenfoto of een verhoogde BSE. Geen van deze symptomen is op zichzelf betrouwbaar, maar in combinatie zijn ze een goede methode om wervelpathologie aan te tonen. Bij twijfel kan men nog een thoraxfoto, volledig bloedbeeld, botche-

mie, plasma-proteïnen en elektroforese overwegen.

Bij vroege pathologie is een botscan gevoeliger dan röntgenfoto's. De auteurs voegen hieraan toe dat een percutane wervelbiopsie in ervaren handen een zeer betrouwbaar diagnostisch instrument is.

D. W. Meijer Timmerman Thijssen

Psychological aspects of acute low back pain in general practice. *Gilchrist IC. J R Coll Gen Pract 1983; 33: 417-9.*

Acute lage rugpijn wordt in dit artikel gedefinieerd als pijn in het gebied tussen de onderste rib en de gluteaalplooi die naar de flanken uitstraalt. De pijn moet plotseling begonnen zijn en ten tijde van het eerste spreekuurbezoek niet langer dan acht dagen bestaan. Patiënten bij wie tijdens het eerste spreekuurbezoek duidelijk een andere oorzaak voor de pijn aan te wijzen was, werden niet in dit onderzoek betrokken, evenmin als zwangere vrouwen, patiënten met koorts en patiënten bij wie door een taalbarrière een psychologisch onderzoek niet mogelijk was. Als controlegroep werden patiënten genomen die voor andere acute klachten op het spreekuur kwamen.

Bij het eerste spreekuurcontact werden de patiënten verzocht een „general health questionnaire” (GHQ) in te vullen. Acht weken na het eerste spreekuurbezoek werden zij opgeroepen om nog een keer een GHQ in te vullen. Daarnaast werd bij dit met de Eysink Personality Inventory (EPI) nagegaan of er bij patiënten met acute lage rugpijn een kenmerkende persoonlijkheidsstructuur was aan te tonen.

Op deze manier werden in de loop van twee jaar 70 patiënten en 73 controlepersonen onderzocht. Beide groepen kwamen in leeftijd en geslacht overeen. In de controlegroep kwamen 27 patiënten op het spreekuur wegens klachten elders in het bewegingsapparaat, terwijl 46 patiënten voor andere klachten hun arts raadpleegden.

Noch de GHQ, noch de EPI bracht verschillen tussen de beide categorieën binnen de controlegroep aan het licht. Het enige verschil dat tussen de controlegroep en de groep met acute lage rugpijn met behulp van de GHQ werd gevonden, was een psychische aandoening in de voorgeschiedenis ($P < 0,02$). Van de verschillende parameters van de EPI (te weten: neurotisch, extrovert/intro-

vert oneerlijk) bleek de patiënt met lage rugpijn significant vaker extrovert te zijn dan de controlegroep ($P < 0,005$). In de beschouwing wordt opgemerkt dat bij een onderzoek in de USA bij lage rugpijn een opvallend hoge frequentie van neurotici gevonden werd. Hierbij werd gebruik gemaakt van een andere persoonlijkheidstest, de Minnesota Multiphasic Personality Inventory. In dat onderzoek werden echter patiënten getest met chronische lage rugpijn. De schrijver veronderstelt dat dit een andere groep is dan zijn patiënten met acute lage rugpijn.

H. G. Frenkel-Tietz

Different groups of patients with low back pain. *Gilchrist IC. J R Coll Gen Pract 1983; 33: 420-3.*

Bij zeventig patiënten met lage rugpijn werden de volgende gegevens genoteerd: geslacht, leeftijd, beroepsklasse respectievelijk sociale klasse, de exacte lokalisatie van de pijn en de uitstraling ervan, factoren die de pijn uitlokken of verergeren, en het verloop van de klachten. Lengte en gewicht werden genoteerd en een nauwkeurig lichamelijk onderzoek verricht. Uiteindelijk werden röntgenfoto's van de wervelkolom gemaakt. Daarnaast werd genoteerd of de patiënt reeds eerder rugpijn had gehad, of de patiënt voor een psychische aandoening in behandeling was geweest en hoe vaak hij in de loop van de laatste twaalf maanden de huisarts had geraadpleegd.

Vervolgens moest elke patiënt een lijst met 60 vragen beantwoorden (GHQ). Indien hieruit aanwijzingen werden verkregen dat de patiënt mogelijk psychisch minder stabiel was, werd verder psychologisch onderzoek verricht.

Per patiënt werden ruim 30 gegevens verkregen die met een computer werden verwerkt. Hieruit kwamen acht belangrijke groepen van gegevens tevoorschijn, de zogenaamde hoofdcomponenten, die voor analyse het meest geschikt bleken te zijn. Van deze componenten werden er telkens twee in een grafiek tegen elkaar afgezet om vast te stellen of er „clusters” aan te tonen waren. Dit bleek alleen in één grafiek het geval te zijn, de grafiek waar voorafgaande psychische aandoeningen en bewegingsbeperking tegen elkaar werden afgezet. Er werden drie clusters gevonden:

A (19 patiënten) had een hoge score voor psychische aandoeningen in het

verleden en geringe bewegingsbeperking.

B (829 patiënten) had geringe bewegingsbeperking, maar geen psychische aandoening in de voorgeschiedenis.

C (24 patiënten) had een sterke bewegingsbeperking, maar geen psychische aandoening in de voorgeschiedenis.

Tussen deze groepen A, B en C bleken de volgende significante verschillen:

Plotseling begin van de pijn was kenmerkend voor de groepen B en C ($P < 0,005$). Bewegingsbeperking was sterk in groep C en gering in beide andere groepen ($P < 0,001$).

Voorts waren er nog twee significante verschillen. De meeste patiënten van groep B behoorden tot de twee hoogste sociale klassen, in tegenstelling tot A en C ($P < 0,001$). Een psychische voorgeschiedenis was bij haast alle patiënten uit groep A te vinden, in tegenstelling tot patiënten uit de groepen B en C ($P < 0,001$).

Het vooroverbuigen in staande houding bleek een betere maat voor de bewegingsbeperking te zijn dan de beperking van het heffen van het gestrekte been (Lasègue).

Het is opmerkelijk dat bij de psychologische test de helft van de patiënten in de groep A en B een afwijkende reactie vertoonden, evenals 30 procent van de patiënten uit groep C. Dit verschil was echter niet significant.

Samenvattend concludeert de schrijver dat de patiënten uit groep A (weinig bewegingsbeperking, psychische afwijking in het verleden) angstige individuen zijn die weinig lichamelijke afwijkingen hebben en een vage beschrijving van hun klachten geven. Patiënten uit groep B (weinig bewegingsbeperking, geen psychische afwijkingen in het verleden) zijn niet angstig. Maar ten tijde van hun klachten is er toch vaak een psychisch afwijkend patroon in de test. Groep C heeft de meest uitgesproken lichamelijke afwijkingen maar zowel in het verleden als ten tijde van hun rugklachten de minste psychische afwijkingen.

De schrijver suggereert dat bij groep A de spanningen de oorzaak van de pijn zijn in de zin van een „tension myositis”, bij groep B psychische factoren de pijn verergeren die door lichamelijke afwijkingen veroorzaakt wordt, en groep C zuiver lichamelijke afwijkingen heeft.

H. G. Frenkel-Tietz

Zie ook de rubriek Referaten in Huisarts en Wetenschap 1983; 26(10).