Het ganglion

P. GIESEN
E. VAN DE LISDONK

Het ganglion is een benigne, cysteuze zwelling, die uitgaat van peesschede of gewrichtskapsel. De meest genoemde oorzaak is het uitstulpen van synovia en slijm van peesschede of gewrichtsholte dóór het kapsel heen, ten gevolge van druk door bijvoorbeeld een trauma. Voorgesteld wordt op geleide van klachten en recidieven een beleid in vier stappen te volgen. De eerste stap bestaat uit het geven van uitleg zonder therapie. Bij voortdurende klachten kan men het ganglion stukslaan of leegzuigen met een dunne naald. Bij recidieven kan gekozen worden tussen instructie aan de patiënt om zelf het ganglion kapot te drukken, en herhaalde aspiratie, eventueel gecombineerd met het inspuiten van een corticosteroïd-depot. Hardnekkige gevallen tenslotte komen in aanmerking voor chirurgische therapie.

Giesen P, Van de Lisdonk E. Het ganglion. Huisarts Wet 1990; 33(1): 22-3.

Vakgroep huisartsgeneeskunde, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen.
P. Giesen, huisarts; dr. E. van de Lisdonk, huisarts.
Correspondentie: P. Giesen.

Inleiding

Tijdens de Nijmeegse HGH-conferenties* over aandoeningen van pols en hand[1] kwam ook het ganglion aan bod. Via Index Medicus en Medline vonden wij zeven onderzoeksartikelen uit de jaren 1983-1988, die echter alle afkomstig waren uit de chirurgische hoek en uitsluitend betrekking hadden op (poli)klinische populaties. Daarnaast werden enkele gangbare chirurgische en orthopedische handboeken geraadpleegd. De opgedane kennis werd in de vorm van referaten besproken. Via een kleine enquête is verder inzicht verkregen in kennis en handelen van de 15 deelnemers.

In dit artikel geven wij een overzicht van de verschillende inzichten en de beleidslijnen voor de huisarts zoals wij die hebben geformuleerd.

Theoretische achtergrond

Het ganglion wordt beschouwd als een benigne, cysteuze zwelling, die uitgaat van peesschede of gewrichtskapsel. In de literatuur van vóór 1980 wordt vaak alleen de peesschede genoemd.

Over het ontstaan van het ganglion bestaan veel theorieën.[2] De meest genoemde oorzaak is het uitstulpen van synovia en slijm van peesschede of gewrichtsholte dóór het (kennelijk verzwakte) kapsel heen, ten gevolge van druk door bijvoorbeeld een trauma of geforceerd buigen of strekken in een gewricht. Er blijft een open verbinding bestaan tussen het ganglion en de oorspronkelijke ruimte, mogelijk met een ventielwerking in de richting van het ganglion.

Eén van de deelnemers had de ervaring dat een ganglion bij afwachten uitrijpt, weker wordt en gemakkelijker stuk te drukken is. Wij vonden slechts één artikel waarin deze mogelijkheid wordt besproken: de auteurs vonden een lagere recidiefkans bij behandelen na uitrijpen dan na behandeling van een 'jong' ganglion.[3]

De omvang van een ganglion varieert van de grootte van een erwt (peesschede) tot die van een pruim (gewrichtskapsel). De zwelling kan één- of meerkamerig zijn en kan op elk gewricht en aan elke peesschede voorkomen; 70 tot 90 procent vindt men echter dorsaal op de pols. Andere plaatsen zijn de ventrale zijde van de pols, de handpalm, de voetrug en de knie. Er zou geen relatie zijn met rechts- of linkshandigheid. Of het beroep een rol speelt, is niet duidelijk.

Gewoonlijk geeft een ganglion weinig of geen klachten en waarschijnlijk komen de meeste patiënten hiervoor niet bij hun huisarts. Door natuurlijk beloop – en misschien door onbedoelde traumata waardoor het ganglion wordt stukgestoten – lost het probleem zich veelal op zonder (gericht) therapeutisch ingrijpen. *Young et al.* melden spontane regressie bij 38 tot 58 procent van de patiënten, overigens zonder vermelding van de termijn waarbinnen die regressie optrad.[4]

Lokale klachten als pijn, bewegingsbeperking, spierzwakte en paresthesieën kunnen reden tot consultatie zijn, evenals angst voor een ernstige ziekte en kosmetische aspecten. De deelnemers schatten het aantal patiënten met deze aandoening op ongeveer acht per jaar in een 'normpraktijk'. Dit stemt overeen met incidentiegegevens uit de literatuur:

- Hodgkin: 2,3 per 1000 per jaar;[5]
- Monitoringproject: 3,5 per 1000 per jaar, tweemaal zo vaak bij vrouwen als bij mannen;[6]
- CMR-NUHI: 4,5 per 1000 mannen en 1,9 per 1000 vrouwen per jaar; het merendeel van de gevallen werd geregistreerd tussen 15 en 65 jaar.[7]

Diagnostiek en behandeling

De diagnose levert over het algemeen weinig problemen op. Patiënten geven de plaats nauwkeurig aan. Bij palpatie vindt men een gladde, elastische zwelling, variabel van omvang en consistentie, en verbonden met een peesschede of gewrichtskapsel. Huid en ganglion zijn goed verschuif-

* HGH staat voor HuisartsGeneeskundig Handelen. Deelnemers aan de HGH-conferenties over het ganglion waren: P. Baselier, W. van den Bosch, C. Erdman, P. Giesen, F. Huygen, J. Hoevenaars, M. Kuiper, E. van de Lisdonk, T. Lagro-Janssen, P. Mesker, J. Mesker-Niesten, J. Meuwese, G. Rutten, J. Schellekens, H. van der Velden, J. Weytens, A. Romeijnders en C. van Weel.

baar ten opzichte van elkaar. Aanvullend onderzoek komt alleen in aanmerking als aan de diagnose wordt getwijfeld (exostose, lipoom, prominerende handwortel).[8]

Wat de therapie betreft, moeten er duidelijke argumenten voor behandelen zijn; anders kan men beter alleen uitleg geven en het natuurlijke beloop afwachten.[9] Besluit men tot behandelen, dan zijn er vier mogelijkheden:

- *Kapotdrukken of -slaan* Dit is een ouderwetse, doch gemakkelijke en direct effectieve therapie met vrijwel nooit complicaties. Het nadeel is een hoog recidiefpercentage.[10]
- *Aspiratie* is een snelle, effectieve en weinig risicovolle handeling. Na de ingreep treedt nauwelijks tot geen functiebelemmering op. Aspiratie geeft gezien de typische, heldere gelei-achtige inhoud van een ganglion ook diagnostisch zekerheid. Techniek: na reiniging en op spanning brengen van het ganglion wordt een injectienaald in de zwelling gebracht. De inhoud wordt in een spuit met voldoende zuigkracht (minstens 10 cc) opgezogen. Dit kan ondersteund worden door extern druk op het ganglion te geven. Ondanks de stroperigheid van de inhoud wordt geadviseerd een dunne naald ('groen', 21 gauge) te gebruiken, vanwege een in onderzoek gevonden hoger recidiefpercentage bij gebruik van dikke naalden: ongeveer één derde recidiveerde bij gebruik van een dunne naald, het dubbele tot drievoudige bij gebruik van een dikke naald. De patiënt moet ingelicht worden over de recidiefkans, en over de mogelijkheid om deze vrijwel risicoloze, patiëntvriendelijke en goedkope ingreep gewoon te herhalen bij een eventueel recidief.[11 12]
- *Aspiratie* van de ganglion-inhoud met achterlating van een *corticosteroïddepot* (bijvoorbeeld: triamcinolonacetonide 10 mg/ml 0,5-1 cc). Het recidief-percentage wordt op ongeveer 35 procent na 2 à 3 jaar geschat. Ook deze ingreep kan herhaald worden. De ratio van het achterlaten van een corticoïd in het lege ganglionkapsel is evenwel niet duidelijk.[3 13]
- *Chirurgisch ingrijpen* Geadviseerd wordt te opereren onder bloedleegte; behalve het ganglion worden ook het verbindingskanaal en een ruitje uit het gewrichts- c.q. peesschedekapsel verwijderd. De recidiefkans bleek minder dan 30 procent, mits niet al eerder was geopereerd. Nadelen zijn het ontstaan van postoperatieve klachten (pijn, paresthesieën, krachtsvermindering, littekenproblemen, infecties), de noodzaak van verwijzing naar de tweede lijn, de relatief hoge kosten gezien de onschuld van de aandoening, en een arbeidsverzuim van 3 tot 14 dagen.[3 4 13 14]

Voorgesteld beleid

In de literatuur bestaat geen consensus over de beste behandeling. Gezien het lage recidiefpercentage lijkt chirurgische therapie de voorkeur te hebben, maar daar staan duidelijke nadelen tegenover. Alle overige therapieën zijn bijna zonder complicaties en kunnen gemakkelijk door de huisarts worden toegepast, maar hebben ook een hoger recidiefpercentage.

Wij stellen het volgende beleid voor.

- Als eerste stap wordt goede uitleg gegeven over de aard en het natuurlijke beloop van de aandoening; er wordt geen therapie ingesteld. Een eventuele vervolgafspraak wordt gekoppeld aan het optreden dan wel toenemen van klachten.
- De tweede stap wordt gezet wanneer de patiënt te veel last ondervindt van het ganglion. De behandeling bestaat uit het stukslaan of leegzuigen van de zwelling, al dan niet gevolgd door leegdrukken. De kans op een recidief wordt meegedeeld.
- De derde stap volgt na een recidief. Men kan de patiënt leren zelf het ganglion kapot te drukken, of men kan de aspiratie met een dunne naald herhalen, waarbij inspuiten van een corticosteroïd-depot nog een alternatief is.
- Voor enkele hardnekkige gevallen met veel of ernstige klachten komt als laatste stap chirurgische therapie in aanmerking.

Literatuur

1. Lagro-Janssen T. Het carpale tunnel-syndroom. Huisarts Wet 1989; 32: 370-5, 382.
2. Huffstadt AJC, Eisma WH. De hand. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1982: 258-66.
3. Flügel M, Kessler K. Nachuntersuchungen am 425 operierten Ganglion-Patienten. Handchirurgie 1986; 18: 47-52.
4. Young L, Bartell T, Logan SE. Ganglions of the hand and wrist. Southern Med J 1988; 81: 751-60.
5. Hogdkin K. Vroege diagnostiek in de eerste lijn. Lochem: De Tijdstroom, 1984.
6. Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
7. Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
8. Hultgren T, Lugnegard H. Carpal boss. Acta Orthop Scan 1986; 57: 547-50.
9. Way LW, ed. Current surgical diagnosis and treatment. 7th ed. Los Altos: Lange Medical Publications, 1985
10. Gupta SN. Ganglion: a critical review of management. J Indian Med Ass 1984; 82: 283-5.
11. Esteban JM, Oertel YC, Mendoza M, et al. Fine needle aspiration in the treatment of Ganglion Cysts. Southern Med J 1986; 79: 691-3.
12. Nield DV, Evans DM. Aspiration of ganglia. J Hand Surg 1986; 11: 264.
13. Keeman JH. Kleine chirurgische ingrepen. Utrecht: Bunge, 1981.
14. Clay NR, Clement DA. The treatment of dorsal wrist ganglia by radical excision. J Hand Surg 1988; 13: 187-91. ■