

Spondylodiscitis: een zeldzame veroorzaker van nekpijn

Daisy Ermers, Merijn Kemper

Huisartsen zien geregeld patiënten met nekpijn, een frequent voorkomende, meestal onschuldige klacht van het bewegingsapparaat. Toch is het zaak te letten op witte raven. Want soms heeft de patiënt een ernstige aandoening, zoals een botmetastase, subarachnoïdale bloeding, meningitis of spondylodiscitis. Wij raden huisartsen aan alert te blijven op zeldzame oorzaken van nekkachten én op de rode vlaggen binnen de anamnese en het lichamelijk onderzoek.

CASUS: EEN MAN MET NEKPIJN

Een 57-jarige man met een gestoorde glucosetolerantie belt omdat hij sinds enkele dagen nekpijn heeft. Hij heeft geen koorts, maar wel last van hoofdpijn, misselijkheid en nachtpijn. Met moeite voert hij zijn werk in de bouw uit. De huisarts adviseert pijnstilling en fysiotherapie. Later die dag neemt meneer contact op met de huisartsenpost omdat de pijn erger wordt. Bij lichamelijk onderzoek is er drukgevoeligheid over de musculus trapezius (pars descendens) beiderzijds en de nek is beperkt beweeglijk. De dienstdoende huisarts concludeert: nekpijn (L01). Meneer krijgt extra pijnstilling (tramadol), het advies te blijven bewegen en zodra het gaat naar de fysiotherapeut te gaan. Twee dagen later meldt hij zich opnieuw bij een collega-huisarts. De voorgeschreven pijnstillers geven maar kort verbetering. Hij blijft misselijk en loopt 's nachts uren rond. Hij heeft geen tintelingen of krachtverlies. De fysiotherapeut heeft hij nog niet bezocht. Bij lichamelijk onderzoek is er sprake van een fors pijnlijke en verstijfde nek en bovenrug met een pijnlijke musculus trapezius. Flexie, extensie en rotatie van de nek zijn beperkt. Bij oriënterend neurologisch onderzoek zijn er geen afwijkingen. De diagnose blijft nekpijn (L01). De huisarts continueert de voorgeschreven pijnstilling en geeft op verzoek van de patiënt diazepam. Ze spreekt een telefonische controle na 5 dagen af bij de eigen huisarts.

De dag voor de controle belt de partner van de patiënt met de eigen huisarts omdat het niet goed gaat. Tijdens de visite vertelt meneer dat hij van zijn nek tot in zijn benen een schietende pijn voelt wanneer hij zijn kin op de borst legt. Hij kan nauwelijks op zijn benen staan en kan zijn armen moeilijk bewegen door pijn en krachtverlies. Zijn spraak is moeizaam. Lichamelijk onderzoek bevestigt dat hij nauwelijks kan bewegen, moeilijk spreekt en er sprake is van krachtverlies (in de handen). Daarnaast valt op dat hij klam aanvoelt en daarom bepaalt de huisarts saturatie (96%), bloeddruk (130/100 mmHg), pols (134/min) en temperatuur (36,9 °C).

BESCHOUWING

Differentiële diagnose bij nekpijn

Tot de differentiële diagnose bij nekpijn behoren inflammatoire oorzaken (onder andere reumatologische aandoeningen, voornamelijk osteoartritis en ankyloserende spondylitis), infectieuze oorzaken (endo- of exogene infectie), maligne

oorzaken (primaire of secundaire maligniteiten van de wervelkolom), degeneratieve oorzaken (onder andere hernia nuclei pulposi, osteoporose en pathologische fracturen) en mechanische oorzaken (bijvoorbeeld overbelasting).

CASUS, VERVOLG

De huisarts stuurt de patiënt per ambulance in voor beoordeling op de SEH. Na analyse wordt hij opgenomen in verband met een *Staphylococcus aureus*-bacteriëmie met onder andere een spondylodiscitis van C4-5 met epidurale abcesvorming C3-6 en abcesvorming C4-5 met zwakte in armen en benen en passagère dysartrie. Gedurende de ziekenhuisopname blijkt er tevens sprake te zijn van longembolieën en een vermoeden van diepveneuze trombose, secundair aan de bacteriëmie. Ook is er sprake van een gepasseerde verhoogde leverbiochemie, een nierfunctiestoornis en een uitgebreid huidbeeld bij vermoeden van het toxischeshocksyndroom, waarvoor hij kortdurend op de intensive care is opgenomen.

Spondylodiscitis

De geschatte incidentie van spondylodiscitis is in de VS 4,8 per 100.000 per jaar en varieert wereldwijd van 1 tot 7 per 100.000 per jaar.¹ Deze aandoening komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.² Bekende predisponerende risicofactoren zijn ingrepen aan de wervelkolom (bijvoorbeeld een rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwoortelblokkade), comorbiditeit (zoals immuuncompromitterende aandoeningen en diabetes mellitus) en intraveneus drugsgebruik.² De laatste decennia neemt de incidentie toe, mogelijk als gevolg van een kwetsbaardere populatie (onder wie ouderen en immuungecompromiteerde patiënten) en verbeterde diagnostiek (onder andere de MRI-scan).²

De meest voorkomende lokalisatie van spondylodiscitis is de lumbale wervelkolom (58%), gevolgd door de thoracale wervelkolom (30%) en de cervicale wervelkolom (11%).³ Cervicale spondylodiscitis kan zich snel ontwikkelen en kan tot catastrofale neurologische stoornissen leiden.⁴

Klinische kenmerken

Spondylodiscitis vormt nog altijd een diagnostische uitdaging. De klinische presentatie is vaak vaag en aspecifiek en goed onderzoek naar de diagnostische waarde van klinische kenmerken ontbreekt.⁵ Pijn van de rug en/of de nek komt het meest voor (bijna 90% van de patiënten) en ontstaat vaak

DE KERN

- Nekpijn heeft vaak een onschuldige oorzaak, maar in zeldzame gevallen kan er sprake zijn van een ernstige onderliggende oorzaak.
- Wees alert op witte raven, want risicofactoren en kenmerken zoals beschreven in de relevante NHG-Standaarden kunnen ontbreken.
- Het is belangrijk om alert te blijven op rode vlaggen, bijvoorbeeld pijngedrag dat niet typerend is voor de patiënt, onvoldoende reactie op [hooggedoseerde] pijnmedicatie of neurologische uitvalsverschijnselen en afwijkende vitale parameters of het teken van Lhermitte.

acut. De pijn is 's nachts het hevigst.^{3,5} Ongeveer de helft van de patiënten heeft koorts en circa een derde van de patiënten, voornamelijk met cervicale laesies, heeft neurologische symptomen.^{3,5} Deze symptomen omvatten onder andere sensibiliteitsstoornissen, spierzwakte en sluitspierdisfunctie. De beschreven specifieke symptomen zijn algehele malaise, lusteloosheid, verwardheid, misselijkheid, braken, anorexie en gewichtsverlies.⁵ Cervicale laesies kunnen bovendien gepaard gaan met dysfagie of torticollis.⁵ Dysartrie is zeldzaam. Naast koorts en neurologische afwijkingen zijn er bij lichamelijke

onderzoek in de meeste gevallen lokale gevoeligheid, spasmen van de paravertebrale spieren en verminderde mobiliteit van de wervelkolom.⁶

Het [kader] bevat de risicofactoren en kenmerken van spondylodiscitis en epiduraal abces zoals beschreven in de NHG-Standaarden Aspecifieke lagerugpijn en Lumbosacraal radiculair syndroom.^{7,8}

De casus laat zien hoe weerbarstig de klinische kenmerken zijn. Wanneer we de NHG-Standaarden erbij nemen, valt op dat diverse risicofactoren en kenmerken in de casus ontbreken. Er zijn geen predisponerende factoren aanwezig, en men heeft geen koorts, koude rillingen, nachtzweeten of onverklaard gewichtsverlies. Wel had hij nekpijn, die onvoldoende reageerde op hooggedoseerde pijnmedicatie, en progressieve neurologische uitval. Opvallend was dat er naast krachtverlies sprake was van dysartrie en het teken van Lhermitte. Daarnaast had hij een tachycardie, wat een uiting kan zijn geweest van de hevige pijn en stress, dan wel van (beginnende) sepsis.

Het teken van Lhermitte

Het teken van Lhermitte is een voorbijgaand elektrisch schokgevoel langs de ruggengraat en ledematen dat bij het buigen van de nek optreedt. Dit komt vooral voor bij patiënten met multipale sclerose. Het duidt op een laesie of compressie van de onderste hersenstam of het bovenste cervicale ruggenmerg, maar is niet specifiek voor de etiologie.⁹ Wel is er eerder een



Nekpijn heeft vaak een onschuldige oorzaak, maar in zeldzame gevallen kan er sprake zijn van een ernstige onderliggende oorzaak.

KADER

RISICOFACTOREN EN KENMERKEN VAN SPONDYLODISCITIS EN EPIDURAAL ABCES^{7,8}

- intraveneus drugsgebruik
- comorbiditeit: immuuncompromitterende aandoeningen
- een recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade
- koorts, koude rillingen, nachtzweeten
- onverklaard gewichtsverlies
- op de voorgrond staande rugpijn
- onvoldoende reactie op [hooggedoseerde] pijnmedicatie
- snel progressieve neurologische uitval

casereport gepubliceerd over een patiënt met cervicale spondylodiscitis bij wie sprake was van het teken van Lhermitte.¹⁰

Witte raaf

Hoewel spondylodiscitis een diagnostische uitdaging vormt, waren er in deze casus wellicht signalen die in een eerder stadium aan een witte raaf hadden kunnen doen denken. Zo was het voor deze patiënt ongebruikelijk om op dezelfde dag contact op te nemen met de huisarts (en huisartsenpost) en om zijn werk te staken. Ook het gebruik van pijnstilling en het kortdurend effect daarvan hadden het niet-pluisgevoel kunnen versterken. Deze signalen hadden de huisarts kunnen aanzetten tot uitgebreider lichamelijk onderzoek, bijvoorbeeld door oriënterend neurologisch onderzoek te doen en de vitale parameters te meten, inclusief de ademfrequentie, omdat tachypneu een vroeg teken is van sepsis. Daarnaast had de huisarts verdere diagnostiek kunnen doen, eventueel in overleg met een medisch specialist. Er is geen onderzoek bekend dat heeft gekeken of het meten van een CRP in de eerste lijn zinvol is.

CONCLUSIE

Spondylodiscitis is een zeldzame oorzaak van nekpijn. Het is belangrijk om alert te zijn op rode vlaggen die op een ernstige oorzaak kunnen wijzen. Zo kunnen bijvoorbeeld pijngedrag dat niet typerend is voor de patiënt en een onvoldoende reactie op (hooggedoseerde) pijnmedicatie vroege signalen zijn

van ernstigere pathologie. Terwijl afwijkende vitale parameters en neurologische afwijkingen, waaronder dysartrie, een afwijkend looppatroon en het teken van Lhermitte, in een later stadium aan ernstige pathologie kunnen doen denken. Wees er altijd op bedacht dat risicofactoren en kenmerken zoals beschreven in de NHG-Standaarden kunnen ontbreken. ■

LITERATUUR

1. Issa K, Diebo BG, Faloon M, Naziri Q, Pourtaheri S, Paulino CB, et al. The epidemiology of vertebral osteomyelitis in the United States from 1998 to 2013. *Clin Spine Surg* 2018;31:E102-E8.
2. Duarte RM, Vaccaro AR. Spinal infection: state of the art and management algorithm. *Eur Spine J* 2013;22:2787-99.
3. Mylona E, Samarkos M, Kakalou E, Fanourgiakis P, Skoutelis A. Pyogenic vertebral osteomyelitis: a systematic review of clinical characteristics. *Semin Arthritis Rheum* 2009;39:10-7.
4. Wang AJ, Huang KT, Smith TR, Lu Y, Chi JH, Groff MW, et al. Cervical spine osteomyelitis: a systematic review of instrumented fusion in the modern era. *World Neurosurg* 2018;120:e562-e72.
5. Mavrogenis AF, Megaloikonomos PD, Igoumenou VG, Panagopoulos GN, Giannitsioti E, Papadopoulos A, et al. Spondylodiscitis revisited. *EFORT Open Rev* 2017;2:447-61.
6. Euba G, Narvaez JA, Nolla JM, Murillo O, Narvaez J, Gomez-Vaquero C, et al. Long-term clinical and radiological magnetic resonance imaging outcome of abscess-associated spontaneous pyogenic vertebral osteomyelitis under conservative management. *Semin Arthritis Rheum* 2008;38:28-40.
7. NHG-werkgroep Aspecifieke lagerugpijn. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn. richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2017. Geraadpleegd op 25 februari 2024.
8. NHG-werkgroep Lumbosacraal radiculair syndroom. NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom. Utrecht: NHG, 2015. Geraadpleegd op 25 februari 2024.
9. Teoli D, Rocha Cabrero F, Smith T, Ghassemzadeh S. Lhermitte sign. 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493237/>. Geraadpleegd op 25 februari 2024.
10. Haridas A, Walsh DC, Mowle DH. Polymicrobial osteomyelitis of the odontoid process with epidural abscess: case report and review of literature. *Skull Base* 2003;13:107-11.

Ermers DJM, Kemper MFP. Spondylodiscitis: een zeldzame veroorzaker van nekpijn. *Huisarts Wet* 2024;67:DOI:10.1007/s12445-024-2870-6. Radboudumc, afdeling Anesthesiologie, pijn en palliatieve geneeskunde en afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: D.J.M. Ermers, MSc, arts in opleiding tot huisarts, onderzoeker, daisy.ermers@radboudumc.nl. Wijkgezondheidscentrum Lindenholt, Nijmegen: M.F.P. Kemper, huisarts, opleider. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.