

Scoliose

B

WAT IS HET PROBLEEM?

Bart, een 14-jarige jongen, komt met zijn moeder op het spreekuur omdat zij een 'bocht' in zijn rug heeft gezien. Bart heeft soms, na een wandeling, wat lage rugklachten, maar verder gaat het goed met hem. Wat moeten ze doen?

WAT MOET IK WETEN?

Scoliose is een zijwaartse vervorming van de wervelkolom in combinatie met een torsie en lordose van de wervelkolom. Door deze kromming in de wervelkolom kunnen diverse, uiteenlopende klachten ontstaan: rugpijn, ademhalingsklachten, maar vooral klachten van een scheefstand van de rug en/of schouders. Men onderscheidt een S-vormige scoliose met twee krommingen en een C-vormige scoliose met één kromming.

In Nederland hebben circa 60.000 mensen de diagnose scoliose. Per jaar komen er gemiddeld 1000 nieuwe patiënten bij. Dit zijn vooral meisjes in de leeftijd van 12-18 jaar, maar ook bij ouderen is de laatste jaren een flinke toename te zien. Scoliose komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen.

De oorzaak is voor het overgrote deel (80-85%) onbekend. Soms is een scoliose aangeboren. In andere gevallen zijn er aanwijsbare oorzaken, zoals neuromusculair degeneratieve afwijkingen, een dwarslaesie, bestralingen of ouderdom. Ook lijkt er vaak sprake te zijn van een erfelijke component.

Er wordt pas gesproken over een scoliose als de kromming meer dan 10° bedraagt. Deze maat voor de ernst van een scoliose wordt gemeten volgens de meetmethode van Cobb aan de hand van een voorachterwaartse röntgenfoto van de wervelkolom. De hoek tussen de meest craniaal gekantelde wervel en de meest caudaal gekantelde wervel wordt uitgedrukt in graden ten opzichte van een loodlijn die vanuit het hoofd naar de grond loopt.

We onderscheiden niet-structurele versus structurele scoliose. Bij niet-structurele scoliose (houdingsscoliose) is er geen daadwerkelijke scoliose, maar is er sprake van een compensatie in de rug voor een ander probleem aan het bewegingsapparaat. Denk aan een beenlengteverschil of een leptosome bouw. Door de buiten de wervelkolom gelegen oorzaak te corrigeren wordt de niet-structurele scoliose opgeheven.

Het ontstaan van een scoliose is niet gebonden aan een bepaalde leeftijd. Indeling vindt echter wel plaats naar de leeftijdsfase waarin de scoliose zichtbaar wordt. De grootste toename van idiopathische scoliose ligt rond de groeispurt in de pubertijd, de zogenaamde adolescentenscoliose.

WAT MOET IK DOEN?

Doe bij het vermoeden van scoliose lichamelijk onderzoek en let op de volgende punten:

- een ongelijke tailedriehoek; hoogstand van een schouder; afstaand schouderblad; beenlengteverschil;
- het hoofd staat vaker scheef dan rechtop; de spina ileaca anterior staat meestal niet horizontaal.

Laat de patiënt vervolgens vooroverbuigen. Bij vooroverbuigen is er een bolling aan één kant van de rug, de zogenaamde gibbus. Bij een niet-structurele scoliose is er geen asymmetrie.

Vervolgens kan een röntgenfoto worden aangevraagd. Het is ook mogelijk om dit over te laten aan de tweede lijn. Röntgenfoto's geven de mogelijkheid om de kromming te meten, maar ook om de locatie, vorm en het patroon van de kromming vast te stellen.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Voorkomen van structurele scoliose is niet mogelijk. Het is daarom belangrijk om het vroegtijdig te onderkennen. De behandeling is in eerste instantie conservatief via oefentherapie of een brace (korset).

Bij een 'lichte' scoliose (patiënten in de groei met een kromming kleiner dan 20° (< 10 jaar < 25°), of bij een volgroeide patiënt met een kromming < 50°) kan men watchfull waiting toepassen, in combinatie met mensendieck- en cesartherapie.

Bij jongeren is de oefentherapie vooral gericht op het aanleren van een juiste houding om de scoliose te voorkomen en zo mogelijk te corrigeren. Bij volwassenen zijn de oefeningen er vooral op gericht om de houding en ademhaling te verbeteren en de klachten te verminderen. Een orthopeed kan, om te voorkomen dat de scoliose toeneemt, een brace voorschrijven bij een patiënt in de groei met een C-score tussen de 30-40°.

Na 4-6 maanden vindt een evaluatie plaats. Bij een kromming > 40°, en een patiënt die nog groeit, wordt vaak een operatie overwogen ter correctie en stabilisatie, én om te voorkomen dat de kromming toeneemt. Een operatie is ook een optie voor patiënten die niet meer groeien en een kromming hebben die > 50° is. Operatieve behandeling is echter ingrijpend en brengt risico's met zich mee. De nabehandeling bestaat uit functionele oefentherapie. Een brace wordt dan niet meer voorgeschreven. ■

LITERATUUR

Verhaar JAN, Van Mourik JBA. Leerboek orthopedie. Houten: BSL, 2013. www.scoliose.nl.