

Was het wel de hernia? zien, benoemen en handelen

J.H.C. Vuurmans

J.H.C. Vuurmans, manueel therapeut (Utrecht)

Soms ontstaan er tijdens het actief bewegen acuut klachten in het bewegingsapparaat. Als deze persisteren of erger worden in de loop van de tijd, kan een specialist geraadpleegd worden. Uit beeldvormend onderzoek kan een afwijking vastgesteld en daarop een behandeling ingesteld worden. Dit lijkt een logische weg die een patiënt kan gaan volgen. Maar is de gevonden afwijking nu wel verantwoordelijk voor de klachten die de patiënt ervaart? Als dit niet het geval is, is de ingestelde therapie ook niet de juiste.

In dit artikel wordt een patiënte gevolgd die acuut lage rugklachten kreeg na een "verdraaiing". Een dwanghouding was het gevolg en geleidelijk ontstonden er uitstralingsklachten in het linkerbeen. Met fysiotherapie werden de klachten alleen maar erger, de neurochirurg stelde een hernia nuclei pulposi (HNP) vast en opereerde de patiënte, zonder succes.

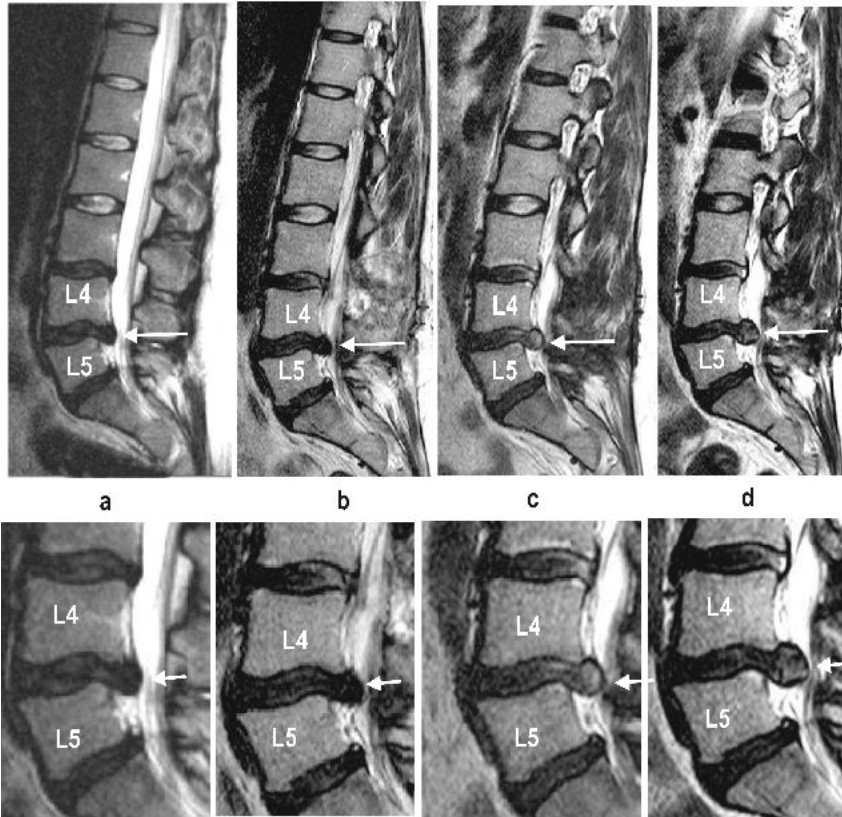
Het vaststellen van een HNP gaf direct aanleiding tot opereren, maar was de hernia wel de oorzaak van de klachten? Het blijven focussen op de hernia gaf aanleiding tot meer ingrepen, allemaal zonder succes: een dramatische ontwikkeling.

Ontstaat een hernia spontaan, acuut of zijn er functionele aspecten die mogelijk tot klachten kunnen leiden, met of zonder aanwijsbare veranderingen in structuren? Met andere woorden: gaat het om patho-morfologie of patho-functionele morfologie?

Sinds enige jaren werk ik samen met de neurochirurg, waar zowel pre-operatief als postoperatief patiënten met rug en nek klachten samen gezien en behandeld worden. Aanvankelijk was er grote scepsis over Manuele Therapie, manipulaties, grote krachten, beschadiging, etc. Door uitvoering en informatief contact ontstond er geleidelijk meer vertrouwen voor de methode van de Utrechtse school. Duidelijk werd dat van manipulaties geen sprake was en dat uitsluitend subtiel fysiologisch bewegen wordt in gewrichten, wat voor de wervelkolom vervorming betekent. Vanwege het positieve effect op de klachten van patiënten met een vastgestelde HNP worden sindsdien geselecteerde patiënten verwezen voor Manuele Therapie.

Casuïstiek

Mevrouw M. de K., geb. 21-05-1968, krijgt in oktober 2004, nadat ze in april 2004 met een sectio bevallen is van een tweeling, acute rugklachten. Tot dat moment heeft ze nog nooit rugklachten gehad. Een dwanghouding is het gevolg en ze wordt verwezen naar een fysiotherapeut. Ze krijgt steeds meer last van haar linkerbeen en in november gaat ze naar de neurochirurg. Deze maakt op 23-12-2004 een MRI (figuur 1a). Een HNP L4-5 links wordt vastgesteld. Hij stelt opnieuw fysiotherapie en pijnstilling voor. Vanwege het uitblijven van resultaat wordt zij in februari 2005 geopereerd.



Figuur 1.

Bovenste rij: overzicht, onderste rij: uitvergroting.

- a. MRI (23 - 12 - 2004): HNP L4-5, preoperatief, de indicatie om te opereren.**
- b. MRI (25 - 2 - 2005): na de eerste operatie. HNP onveranderd aanwezig.**
- c. MRI (15 - 06 - 2005): na de tweede operatie. HNP lijkt groter geworden.**
- d. MRI (20 - 10 - 2005) na drie behandelingen met Manuele Therapie. HNP nog steeds aanwezig en lijkt opnieuw groter geworden. Klachten sterk verminderd.**

Direct na de operatie is de pijn onveranderd en moet zij blijven liggen, omdat elke activiteit onmogelijk is vanwege pijn in rug en been.

Op 25 februari 2005 wordt een tweede MRI gemaakt en deze toont een onveranderde HNP aan (figuur 1b). Een tweede operatie wordt in maart uitgevoerd. In eerste instantie is er verlichting van pijn, maar er volgt een moeizame revalidatie met veel pijnstillers en veel liggen om de dag door te kunnen komen. Thuis is er fulltime hulp voor de kinderen. Opnieuw wordt op 15 juni 05 een MRI gemaakt (figuur 1c) en het lijkt of de hernia alleen maar groter is geworden. Wederom wordt een operatie overwogen, maar eerst wil de neurochirurg proberen of Manuele Therapie uitkomst kan bieden.

Afgesproken wordt om, na twee maanden Manuele Therapie, in oktober opnieuw een MRI te maken en daarna, indien noodzakelijk, eventueel weer te opereren.

Op 31 augustus 2005 komt zij voor de eerste keer in de praktijk, ondersteund door haar vader. Zelfstandig lopen is haast niet mogelijk. Er is krachtsverlies in het linkerbeen. Een forse dwanghouding met een rechts-convexe scoliose met een top op T9. Er is een bekkenlaagstand rechts van 1° en een schouderlaagstand links van 3°. Flexie en extensie in de wervelkolom toont een onveranderde curvatuur van de scoliose. Opvallend is een vingerbodemaafstand tijdens flexie van 0 cm. De reflexen zijn symmetrisch positief, straight leg raise is links 70°, rechts 90°.

Direct na de eerste behandeling is de scoliose opgeheven en treedt deze alleen nog op bij doorgevoerde extensie in de lumbale wervelkolom. Het lopen gaat zelfstandig. Patiënte krijgt bewegingsinstructie mee voor thuis.

De behandelingen, 1 keer per 14 dagen, hebben veel invloed op de pijn in het been. Na de behandeling is de pijn heel veel minder en geleidelijk komt er een diffuse uitstraling terug. Ze heeft veel moeite met het vinden van rust, wat haar hindert. Naast de behandeling krijgt ontspanning ook aandacht. Het functioneren over een lange periode met veel pijn en het falen van de ingrepen heeft een grote belasting op haar gelegd. Angst en krampachtigheid zitten diep in het bewegingsapparaat geworteld.

Na de derde behandeling op 17 oktober 05, neemt de pijn in het been sterk af. Ze is inmiddels gestopt met de medicatie. Opvallend is de spierpijn die zij ervaart in benen en rug, een ander gevoel dan waar ze hiervoor last van had. Juist in deze periode is de 4e MRI afgesproken, 20 oktober 05 (figuur 1d). De hernia blijkt onveranderd aanwezig, is misschien wel groter geworden.

Gezien het resultaat van de behandelingen besluit de neurochirurg niet te opereren en de ontwikkeling af te wachten. Patiënte is heel gelukkig met de vooruitgang. Geleidelijk worden taken thuis door haar overgenomen. De angst wordt minder, af en toe doet ze teveel, maar met rust is er direct herstel van de klachten. Af en toe zijn er mindere dagen, maar ze leert met het vertrouwen dat ze heeft zichzelf steeds weer een stapje verder te brengen.

De bekkenscheefstand is opgeheven, schouderlaagstand onveranderd links 3°. Er is een minimale rechtsconvexe scoliose, top op T10. Extensie en flexie gaan zonder deviaties in de wervelkolom.

In december wordt met de revalidatie arts, vanuit overleg met de werkgever, een programma afgesproken om het functioneren te optimaliseren. Bewegingsuitnodigende oefeningen, balans, coördinatie etc. en zeker geen statische buik-/rugspier versterkende oefeningen. Deze heeft ze lang genoeg gedaan.

Vanaf 16 december gaat het steeds beter, meer activiteiten in huis, minder rustperiodes. Vanaf januari 06 hoeft ze helemaal niet meer te rusten en kan ze haar kinderen zelf verzorgen. Ze krijgt toestemming van haar werk voor het volgen van het revalidatie programma van 12 weken. Hiermee wordt op 1 maart 06 begonnen. De behandeling bij mij is op 26 januari 06 afgesloten.

Er is een paar keer telefonisch overleg geweest, waarbij vermeld wordt dat het herstel zich goed ontwikkelt.

Bespreking van de casus

Na een bevalling, en zeker van een tweeling, verandert het leven van een moeder drastisch. Veel neigen, bukken en tillen beheersen het dagelijks functioneren. De sectio waarmee de kinderen op de wereld kwamen, kan dit functioneren in aanvang nog zwaarder maken.

Ontwijken en compenseren is het gevolg. Zeker is dat na de bevalling er acuut een grote functieverandering plaatsvindt. Deze heeft invloed op het lichaam, dat door de zwangerschap en geboorte ook grote vormveranderingen doormaakt. Het kan zijn dat door vermoeienis en karakter een vrouw wat teveel vraagt en voorbij gaat aan de conditie van haar lijf.

Tijdens een manoeuvre schiet het in haar rug: een distorsie. De later ontdekte HNP direct als oorzaak te bestempelen is voorbarig, deze hoeft daar geen enkele relatie mee te hebben. Mogelijk was deze zelfs al aanwezig.

De operatie en heroperatie hebben op de hernia weinig invloed. In eerste instantie vermoedt de neurochirurg dat de eerste operatie op het verkeerde niveau heeft plaatsgevonden, vandaar een tweede poging. Maar dan blijkt ook na de tweede keer dat de hernia onveranderd, of zelfs vergroot, aanwezig blijft. Evenals de klachten. Logica doet vermoeden dat er geen relatie is tussen de hernia en de klachten.

De Manuele Therapie heeft direct invloed op de klachten en na een maand is er een totaal andere situatie: meer mobiliteit in de wervelkolom, minder uitstraling in het been en normale sensibiliteit in de voet. Controle MRI geeft aan dat de relatie tussen de hernia - die onveranderd blijft - en klachten niet aanwezig is. Het functioneren van de wervelkolom geeft meer de relatie aan met de klachten.

Vanaf het moment dat het functioneren hersteld is, kan met een oefenprogramma aan conditioneel vermogen gewerkt worden. Hiervoor is

de Manueel Therapeut niet meer nodig. Eerst functieherstel, dan belasten. Belasten kan zijn dynamiek, coördinatie, snelheid maar ook kracht. Het heeft voor haar enorm gewerkt. Op 18 december 2007 is zij, zonder problemen, bevallen van een zoon na een zwangerschap van 42 weken. De wens die er altijd was, maar door de situatie van haar rug voor haar voor onmogelijk werd gehouden, is heel mooi uitgekomen. In de periode van herstel is haar moeder overleden. Deze klap heeft haar wel, maar haar rug niet geraakt.

Het direct verbinden van pathologie met de aanwezigheid van klachten heeft risico's ⁽¹⁾. Operatieve behandeling is niet altijd de juiste. De resultaten na een jaar zijn gelijk voor operatieve ingrepen als voor conservatieve behandeling. Pijnvermindering is na een operatieve ingreep eerder bereikt.

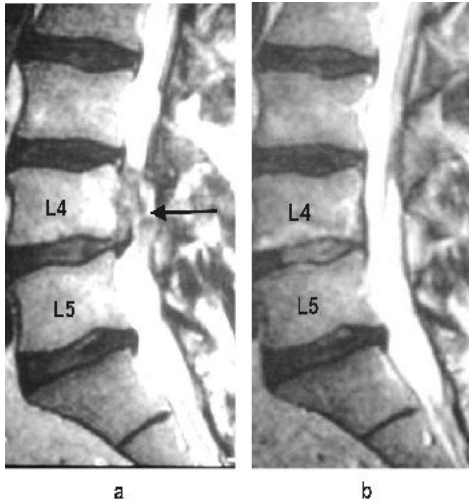
In de casus was er geen sprake van pijnvermindering na de operatieve ingreep. Het duiden van de HNP als zijnde pathologie en daarom verantwoordelijk voor de klachten was derhalve onjuist.

De interpretatie van een HNP als een lekke discus, welke op elk moment kan ontstaan, is onjuist. Een hernia wordt gemaakt, kan aanwezig zijn zonder klachten te veroorzaken. Er ligt altijd een functie ten grondslag aan het ontstaan van klachten. Functies kunnen momentaan veranderen, functie-eisen ook, maar voor de vorm gaat dit niet op, daar is tijd voor nodig. Naast beeldvorming is de anamnese heel belangrijk en zal zeer uitvoerig moeten plaatsvinden. Het achterhalen van functieveranderingen welke tot klachten kunnen leiden is in de genoemde casus van groter belang dan de vorm-interpretatie van de discus. De weg terug naar functieherstel bevestigt dit.

De samenwerking tussen neurochirurg en Manueel Therapeut kan een zinvolle zijn. Operatieve ingrepen kunnen soms voorkomen worden. Functieherstel kan vormherstel overbodig maken.

Een variatie

Binnen een jaar kan met Manuele Therapie een hernia volledig verdwijnen. In figuur 2 is hiervan een voorbeeld te zien.



Figuur 2.

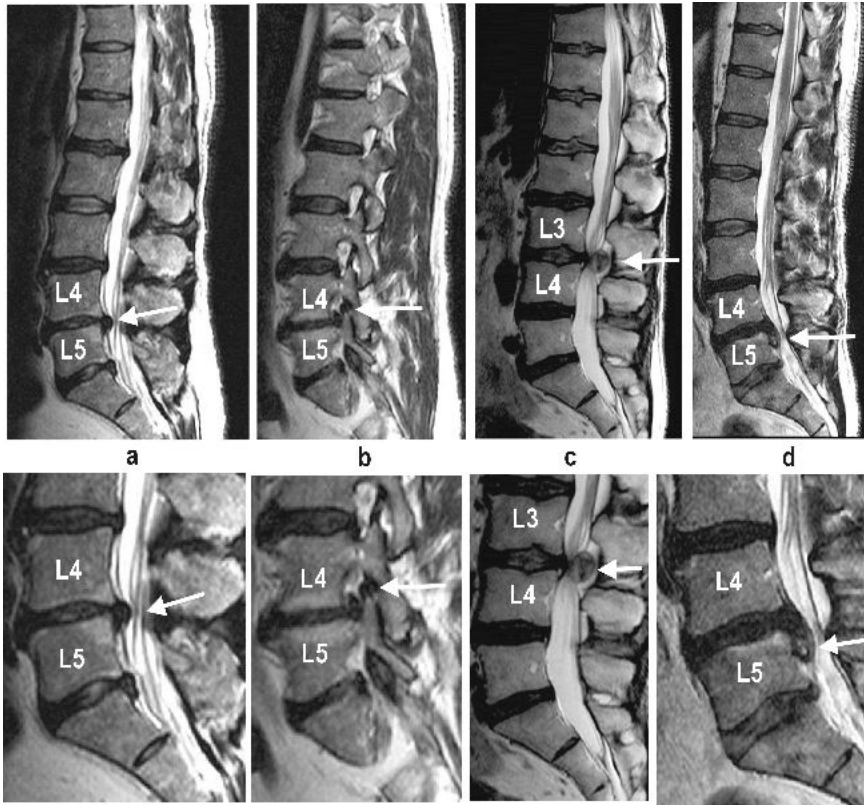
- a. MRI op 29-05-1997 toont een HNP L4-5 met een grote protrusie achter het wervellichaam.
- b. MRI op 22-04-1998: de HNP is volledig verdwenen.

Dit succes zou te claimen zijn door de Manuele Therapie, maar ook hier klopt dit niet helemaal.

Het is op de foto's duidelijk dat een H.N.P. kan verdwijnen. Er is met Manuele Therapie behandeld. De logica dwingt echter tot nadenken. Waarom opnieuw een MRI?

De reden van de tweede MRI is de ernst van de nog steeds bestaande klachten van de patiënt. Een mogelijke conclusie ook hier is dat de klachten van de patiënt niets met de H.N.P. te maken hebben. In dit voorbeeld is dit ook zo. De levensstijl heeft een grote oorzaak in de klachten gehad.

Ter afsluiting is er een oefening voor uzelf. Drie hernia's (figuur 3) naast elkaar en aan u de vraag; welke is geïndiceerd tot opereren en welke niet? Is het te zien, te achterhalen of te beredeneren? Soms wel en soms niet, maar door samenwerking kan wel resultaat bereikt worden. Uit onderzoek blijkt operatie of niet, na een jaar zijn de resultaten allemaal hetzelfde ⁽¹⁾. Zonder operatie, volledig in eigen balans gerealiseerd en onafhankelijk van reactieve processen indien de fysiologie en mechanica van het functioneren gerespecteerd worden.



Figuur 3.

a. MRI toont o.a. een HNP L4-5.

b. De HNP loopt lateraal door tot in het rechter foramen intervertebrale.

c. MRI toont een HNP L3-4 welke om het ruggenmerg naar dorsaal doorloopt.

d. MRI toont een HNP L4-5 naar caudaal doorlopend achter het wervellichaam.

Met dank aan H.v.d.Linden voor zijn bijdrage aan het tot stand komen van dit artikel.

Literatuur

1. Wilco C.Peul et al.

Surgery versus prolonged Conservative treatment for Sciatica.

The New England Journal of Medicine.nr.22, Mei 2007. Vol.356:2245-2256.