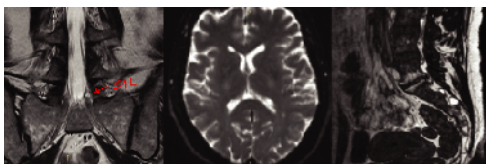


Vaak wordt een diagnostische zenuwwortelblokkade of therapeutische blokkade met corticosteroiden voorgesteld om de diagnose te stellen, echter er bestaat een risico op het doorboren van de cyste omdat de zenuwwortel is verwijd, waardoor er schade kan ontstaan aan de zenuwvezels in de cyste of vezels in de cystewand, infectie, bloeding, duraal lek of risico op Arachnoiditis. Aangezien er vaak meerdere TC's kunnen voorkomen bij dezelfde patiënt kan de minimale invasieve procedure van NCS/EMG de meer invasievere diagnostische blok dus vervangen.



Behandeling

Deze bestaat voornamelijk uit pijnmedicatie zoals: amitriptyline/gabapentine/cymbalta/lyrica of drukverlagende medicatie als Diamox in combinatie met Ultra K (vloeibare kalium wordt geadviseerd i.v.m. bijwerkingen door dalend kaliumgehalte). Een aantal patiënten hebben goede ervaring met Targinact.

Microchirurgie wordt in het buitenland gebruikt om zenuwwortelcompressie te verlichten. De operatie is echter delicaat vanwege de hoge hydrostatische druk, kwetsbaarheid van weefsels, de aanwezigheid van de zenuwwortelvezels in de cyste of de cystewand, wat leidt tot hoge incidentie van complicaties zoals zenuwbeschadiging of een duraal lek. Studies die medische interventionele en chirurgische behandelingen met elkaar vergelijken, zijn schaars en twijfelachtig en afgeleid van relatief kleine casusreeksen van kleine proefgrootte. Daarbij kunnen cysten terugkeren of nieuwe cysten zich vormen. 50% ontwikkelden terugkerende pijnklachten, ondanks verlaging van de grootte van de cyste bij 92% van de patiënten.

In geval symptomatische Tarlov cyste patiënten ook klagen over nekpijn, hoofdpijn, oogpijn, wazig zicht, dubbel zicht, is het belangrijk patiënten te verwijzen naar ophtalmologie voor een gezichtsveld- en een papiloedeemonderzoek en een drukmeting via een lumbaalpunctie. Niet altijd is de druk heel hoog.

De grens van 20 cm H₂O om intracranieële hypertensie te definiëren is waarschijnlijk te hoog. Er is wellicht een continuüm tussen normaal en verhoogde intracranieële druk (normaalwaarden 5-15 cm H₂O). In Amerikaans onderzoek is naar voren gekomen, dat bij patiënten met een bindweefsel-aandoening een druk van 17 of 18 cm H₂O, gemeten bij lumbaalpunctie, al invaliderende klachten kan veroorzaken.

Adviezen

- > zo weinig mogelijk te zitten, staan of zware inspanningen te leveren (drukverhogend)
- > regelmatig te gaan liggen. Liggen kan de pijn/druk op de sacrale cysten verminderen.
- > aangewezen activiteiten: rustig wandelen, zwemmen in warm water, fietsen (elektrische fiets). Alles op een eigen tempo en binnen de pijngrens, indien mogelijk.
- > Alcohol, koffie en blootstelling aan de zon wordt geadviseerd te vermijden, dit doet de cerebrospinale druk toenemen.
- > Stabilisatieoefeningen kunnen de pijn doen toenemen en de patiënt haakt af, niet omdat hij of zij niet wil, maar omdat het niet kan.

Het is belangrijk voor patiënt en arts, om een beter begrip te hebben over de aandoening, zodat de patiënt beschermt wordt voor onnodig technisch, vaak pijnlijke diagnostische of interventionele procedures of zelfs operaties en voor teleurstelling van de ondoelmatigheid van andere interventies.

Vaak is fysieke belasting niet meer mogelijk en kunnen de klachten zelfs zo invaliderend zijn, dat de patiënt aan huis of bed gebonden is.

Overdruksyndroom

TARLOV CYSTEN



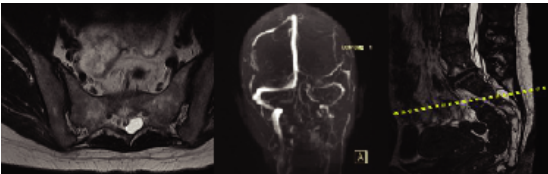
Stichting OverdrukSyndroom NL
Als de druk te hoog wordt

Voor patiënten met overdruk
in de hersenen en ruggenmergkanaal
(Overdruksyndroom)
& Tarlov cysten

Tarlov cysten is officieel geregistreerd als zeldzame aandoening op ORPHAnet-nr.: 65250 en op WHO'S International Classification of Disease-10 code: G54.8

Het **Overdruksyndroom** (Idiopatisch Cerebrospinaal Drukdysregulatie-syndroom) is het gevolg van een verstoorde drukregeling in de hersenen en het ruggenmergkanaal en gaat vaak gepaard met de aanwezigheid van **Tarlov cysten** (TC's) in de zenuwwortels. (Tarlov cysten = een symtoom van overdruksyndroom)

De klinische entiteit **symptomatische Tarlov cysten** (STC's) is een goed gedefinieerde aandoening in de literatuur en omvat progressieve invaliderende sacrale, zitbeen- en bekkenpijn, neurologische symptomen, blaas-, seksuele en darmstoornissen. Ondanks dat, blijven er medici denken dat deze cysten geen verband kunnen houden met de symptomen van de patiënt. Middels deze informatieflyer willen we u daarom informeren over deze progressief invaliderende aandoening. **Indien patiënten zich tot u wenden met genoemde klachten moeten TC's/Overdruksyndroom (ODS) worden opgenomen in de differentiaaldiagnose.** Kenmerken: niet (lang) meer kunnen zitten en staan, duidelijk tragere gang/moeilijkheden met lopen, fysieke inspanningstolerantie (pijn neemt toe bij belasting en verbetert veelal bij liggen), nekpijn, hoofdpijn (e.o. wazig/dubbel zicht).



TC's worden vaker gevonden bij patiënten met een genetische bindweefwefsel aandoening zoals oa het hypermobiliteits-type Ehlers Danlos Syndroom (EDS) en het Marfan Syndroom. Vanwege zwakte van het bindweefsel zijn de zenuwwortelscheden bij deze patiënten gevoeliger voor uitzetten. Daarbij is er bij EDS vaak sprake van een matig verhoogde/verhoogde intracranieële druk. Symptomen van Tarlov cyste patiënten kunnen dan ook gelijkend zijn aan Idiopathische Intracranieële Hypertensie, maar ze hebben niet altijd papiloedeem. Papiloedeem is echter niet langer nodig om de diagnose te stellen.

Extra aandachtspunt: Dunne Vezel Neuropathie blijkt bij 50% van de Fibromyalgie en EDS-patiënten gesteld te worden. De diagnose Fibromyalgie e.o. EDS is ook vaak gesteld bij Tarlov cyste-patiënten. STC-patiënten klagen vaak over wijdverspreide pijn en vermoeidheid, waardoor zij vaak in eerste instantie de diagnose FM, CVS of beide kregen.

Vanwege de rechtop menselijke houding, is de hydrostatische vloeistofdruk het hoogst in de sacrale zenuwen. Hierdoor komen TC's en zenuwworteldilataties vaker voor in de sacrale zenuwwortels, echter kunnen ze op elke andere plaats in het ruggenmergkanaal voorkomen. Meestal zijn er multiple. Grote TC's veroorzaken ook boterosie of schade aan de neurale foramen.

Betrokkenheid van de hersenzenuwen

Wanneer de cerebrospinale druk toeneemt, wordt het hersenvocht in de schedel zenuwwortelscheden gedwongen. Dit kan de bloedtoevoer naar de hersenen in gevaar brengen of mechanische druk op de neuronen of axonen veroorzaken. (Verschillende schedelzenuwen inclusief de reuk, optiek, trigeminus en gehoorzenuwen vertonen meerdere lymfatische paden van CSF-drainage naar de lymfeklieren).

Diagnose ODS en STC wordt gesteld adhv:

1. MRI lumbaal, sacraal en cervicaal. T1 en T2 gewogen opnamen **sagittale, axiale én coronale** beelden. *Note: indien er geen axiale en coronale beelden zijn genomen, kunnen kleinere Tarlov cysten over het hoofd worden gezien. (prevalentie van 9,1%-13% van kleinere TC's op de lumbo-sacrale wervelkolom)*
2. Anamnese adv langdurig onverklaarde pijnklachten als andere oorzaken uitgesloten zijn. Specifieke vragen stellen naar:
 - > fecale en urinaire incontinentie
 - > blaasretentie/darmsymptomen
 - > genitale/perineale pijn, seksuele disfunctie
 - > pijn tijdens zitten, staan en inspanning
 - > cervicale, dorsale en/of thoracale pijn
 - > hoofdpijn

3. De pinpriktest t.h.v. de bovenste en onderste ledematen, dorsaal t.h.v. de pijnlijke zone. **(let op! deze is bijna altijd inconclusief)**

Als na uitgebreide anamnese het klachtenpatroon van de patiënt overeenkomt met de plaats van de cysten, mag/mogen de cyste(n) als symptomatisch worden beschouwd.

(Een EMG van de sacrale zenuwgebieden is niet persé nodig om de diagnose te stellen, maar kan in geval van twijfel uitsluitel geven.)

Twijfel kan ontstaan, wanneer de ergste pijn niet altijd in hetzelfde dermatoom of ipsilateraal t.o.v. de locatie van de grootste cyste zit. Patiënten kunnen ergere contralaterale pijn hebben t.o.v. de kant van de grootste cyste, in slechts 59% van de gevallen rapporteerden patiënten ergere pijn aan de zijde waar de grootste cyste zich bevond. **Onterecht wordt dan vaak gedacht dat de oorzaak dan een andere oorsprong heeft.** Uitgebreide EMG/NCS, kan dan uitsluitel geven.

4. Elektrodiagnostisch geleidingsonderzoek:

- > sensorische surale zenuwen (welke vezels bevatten van zenuwwortel S1 en S2);
- > motorische peroneale zenuwen;
- > S1 Hoffman-reflexen (het elektrofysiologische equivalent van de achillespeesreflex).

Naald-EMG:

- > L3 tot/met S3-S4 myotomen (L3 vastus medialisspier; L4 vastus lateralisspier; L5 extensor digitorumspier; L4-L5 tensor fascia lataspier en tibials voorste spier;
- > S1 gastrocnemiusspier mediale kop;
- > S2 tibiale zenuw geïnnerveerde intrinsieke voetspier
- > S3-S4 myotomen (externe anale sfincter). *Analyse S3-S4 ano-anoale reflex (het elektrofysiologisch equivalent van de ano-cutane reflex. Reflex om fecale incontinentie te voorkomen, dit zegt indirect ook iets over de blaassfincter spier).*

EMG/NCS van enkel L5-S1 dermatomen is onvoldoende.