



Stichting OverdrukSyndroom NL

Als de druk te hoog wordt

Diagnose-checker

Doel: erkenning dat de pijn van de patiënt invaliderende neuropatische pijn is t.g.v. een lichamelijke aandoening en te behoeden voor verdere onnodige ineffectieve en potentieel schadelijke interventies.

Deze diagnosechecker is opgesteld - ondersteund door wetenschappelijk onderzoek - om tot een snellere diagnose te komen m.b.t. **symptomatische Tarlov cysten**, welke dilataties zijn van zenuwwortels in het ruggenmergkanaal, **het gevolg van een pathologisch verhoogde druk.**

Niet alleen externe compressie van zenuwwortels door grote TC's, maar ook de interne druk in cysten irriteert de zenuwvezels in de zenuw. Dientengevolge kunnen communicerende cysten en kleine cysten maar ook uitgezette zenuwwortels, symptomatisch zijn. De hydrostatische verhoogde druk zorgt ervoor dat Tarlov cysten kunnen terugkomen na een evt. operatie.

Er is objectief bewijs van zenuwvezelbeschadiging bij communicerende cysten. Microscopisch onderzoek onthulde dat de wanden van de Tarlov cysten uit gecompriëerde gedegenereerde zenuwvezels en beschadigde myelinescheden bestonden.

Bij patiënten met hardnekkige sacrale, perineale, bekken- of beenpijn, moeten symptomatische Tarlov cysten worden opgenomen in de differentiaaldiagnose. De **Nederlandse prof. G. Padberg**, zenuwarts te Maastricht, schreef reeds op **10 oktober 1959** in het Ned. T. Geneeskunde 103. II. 41, over "Perineurale Wortelkystes" waarvan hij toen al argumenteerde dat het door artsen over het algemeen onvoldoende bekend was dat deze lage rugpijn, ischalgieën en neurologische stoornissen kunnen veroorzaken.

1. Uitgebreide anamnese, ook specifieke vragen over:

- > fecale en urinaire incontinentie
- > blaasretentie, darmsymptomen
- > genitale en perineale pijn
- > cervicale, dorsale, thoracale pijn
- > pijn tijdens zitten en staan
- > pijn bij inspanning
- > hoofdpijn

2. Pinpriktest t.h.v. de bovenste en onderste ledematen dorsaal t.h.v. de pijnlijke zone. (deze geeft niet altijd uitsluitel - belangrijk dat NCS/EMG, zie punt 4 wordt uitgevoerd)

3. MRI lumbaal/sacraal en cervicaal - T1 en T2 gewogen opnamen sagittale, axiale en coronale beelden

Note: indien geen axiale en coronale beelden zijn genomen, kunnen kleinere TC's over het hoofd worden gezien. MRI studies van de lumbo-sacrale wervelkolom tonen een prevalentie van 9,1%-13% van kleinere TC's.

Duidelijk waarneembaar op MRI:

- grote Tarlov cysten, welke boterosie kunnen veroorzaken.

Vaak over het hoofd gezien:

- kleinere Tarlov cysten of uitgezette zenuwwortelschedes

Als na uitgebreide anamnese het pijn-/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.

Note: de ergste pijn zit niet altijd in hetzelfde dermatoom of ipsilateraal van de locatie van de grootste cyste te zien op de MRI. Patiënten kunnen ergere contralaterale pijn hebben t.o.v. de kant van de grootste cyste. Niet alleen grotere Tarlov cysten met klep, maar ook kleinere (communicerende) cysten veroorzaken ernstige pijn en zenuwschade. Men mag dus niet concluderen indien symptomen/pijn niet overeenkomt met de grootste cyste, dat de oorzaak een andere oorsprong heeft. Vandaar het uitgebreide EMG/NCS, meten is weten in dit geval.

Is patiënt bekend met een bindweefsel-aandoening?

Note: Tarlov cysten worden vaker gevonden bij patiënten met genetische bindweefsel aandoeningen zoals het hypermobiliteits-type Ehlers-Danlos-syndroom (EDS) en Marfan syndroom.

Vanwege zwakte van de bindweefsels, zijn de zenuwwortelscheden bij deze patiënten gevoeliger voor dilatatie en bij patiënten met EDS is ook vaak verhoogde intracraniale druk aanwezig.

Overdruksyndroom & Tarlov cysten

De meeste MRI en EMG onderzoeken m.b.t. lage rugpijn en beenklachten richten zich op de L5/S1 myotomen. Deze onderzoeken volstaan **NIET** in geval van symptomatische Tarlov cysten en/of het overdruksyndroom

Extra aandachtspunt:

Dunne Vezel Neuropathie

Uit onderzoek is gebleken dat bij 50% van de fibromyalgie en EDS-patiënten de diagnose dunne vezel neuropathie is gesteld.

De diagnose fibromyalgie e.o. EDS is ook vaak gesteld bij Tarlov cyste-patiënten

Deze informatie is tot stand gekomen aan de hand van de volgende wetenschappelijke publicaties:

https://www.researchgate.net/publication/333025384_Symptomatic_Tarlov_cysts_are_often_overlooked_ten_reasons_why_a_narrative_review

https://www.researchgate.net/publication/318094780_Electromyography_and_A_Review_of_the_Literature_Provide_Insights_into_the_Role_of_Sacral_Perineural_Cysts_in_Unexplained_Chronic_Pelvic_Perineal_and_Leg_Pain_Syndromes

<https://www.dovepress.com/the-link-between-idiopathic-intracranial-hypertension-fibromyalgia-and-peer-reviewed-fulltext-article-JPR>

https://www.researchgate.net/publication/337584451_Idiopathic_intracranial_hypertension_is_not_idiopathic_proposal_for_a_new_nomenclature_and_patient_classification

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 voet-spier en S3-S4 myotomes (externe anale sfincter).

Analyse S3-S4 ano-anale reflex (het elektrofysiologische equivalent van de ano cutane reflex) (reflex om fecale incontinentie te voorkomen)

Note: Symptomen bij Tarlov cyste en overdruksyndroom patiënten kunnen gelijkend zijn aan Idiopathische Intracraniale Hypertensie. Tarlov cyste patiënten hebben niet altijd papiloedeem. Papiloedeem is echter niet langer nodig om de diagnose te stellen.

Bovendien is de grens van 20 cm H2O om intracraniale hypertensie te definiëren waarschijnlijk te hoog. Er is wellicht een continuüm tussen normaal en verhoogde intracraniale 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.

Note: betrokkenheid van de hersenzenuwen.

Het is aangetoond dat de perineurale ruimtes van verschillende schedelzenuwen inclusief de reuk, optiek, trigeminus en gehoorzenuwen meerdere lymfatische paden vertonen van CSF-drainage naar de lymfeklieren. Wanneer de cerebrospinale druk toeneemt, wordt hersenvocht in de schedel zenuwwortelscheden gedwongen. Dit kan de bloedtoevoer in gevaar brengen of mechanische druk op de neuronen of axonen veroorzaken tijdens hun intra-craniale verloop.