

## Reactie op de samenvatting van de richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van het carpaletunnelsyndroom’

G.J.D. Hengstman

*(Tijdschr Neurol Neurochir 2008;109:136-7)*

Multidisciplinaire richtlijnen vormen een belangrijk instrument bij het verbeteren van de medische zorg. Het opstellen van deze richtlijnen is een complex proces waarbij het gevaar bestaat dat uiteindelijke compromissen opgesteld worden ten einde alle betrokkenen tevreden te stellen. Dit kan helaas ten koste gaan van de wetenschappelijke en klinische integriteit.

De CBO-richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van het carpaletunnelsyndroom’, die recentelijk in samenvattingsvorm werd besproken door De Krom en collega’s, bevat een zeer bijzondere vorm van compromissstelling, namelijk ten aanzien van de rol van het elektromyografisch onderzoek (EMG).<sup>1</sup> In de eerste lijn kan bij een typische anamnese een conservatieve behandeling in de vorm van een nachtsplak of steroïdinjectie gegeven worden, terwijl in de tweede lijn conform het schema ‘Diagnostiek’ eerst een EMG dient te worden verricht alvorens eenzelfde conservatieve behandeling gestart kan worden. Daar komt bij dat een niet onaanzienlijk deel van de patiënten met een kenmerkend klinisch carpaaltunnelsyndroom (CTS)-beeld een fout-negatief EMG heeft.

Dit komt ook tot uiting in het stroomschema ‘Behandeling’ waarbij de keuze voor het starten van een behandeling niet afhangt van de uitslag van het EMG.

Met andere woorden, de keuze voor het al dan niet starten van een behandeling is niet afhankelijk van de uitslag van het EMG, indien een kenmerkend klinisch beeld aanwezig is. Evenmin wordt de keuze voor de soort behandeling bepaald door het EMG. Logischerwijs is het EMG dan ook alleen geïndiceerd in geval van klinische twijfel, of om medicolegale redenen bij het overwegen van een chirurgische behandeling. Helaas komt dit niet naar voren in de genoemde richtlijn.

Zoals gesteld zijn richtlijnen een waardevolle aanvulling op ons medisch handelen. De inhoud van de richtlijn is gezien de reikwijdte van zeer groot belang, belangrijker dan implementatie door alle potentieel betrokken beroepsgroepen.

### Referenties

1. De Krom MC, Van Croonenborg JJ, Blaauw G, Scholten RJ, Spaans F. Samenvatting van de richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van het carpaletunnelsyndroom’. *Tijdschr Neurol Neurochir 2008;109:79-85.*

## Reactie op de ingezonden brief van G.J.D. Hengstman

Het commentaar van collega Hengstman raakt nogal wat aspecten van de richtlijn. Wij geven ons antwoord daarom puntsgewijs.

1. Redenen om patiënten met een mogelijk carpaaltunnelsyndroom (CTS) naar de 2<sup>de</sup> lijn te verwijzen, zijn:
  - a. De verwijzer acht de diagnose duidelijk en eventueel toegepaste conservatieve therapie had geen blijvend resultaat. De patiënt wordt dan in principe

verwezen om te worden geopereerd.

b. Er is onzekerheid over de diagnose ‘CTS’.

In beide gevallen acht de werkgroep zenuwgeleidingsonderzoek van belang. Het is daarom aan het begin van het 2<sup>de</sup>-lijnschema geplaatst. Het schema laat ook zien dat er in de 2<sup>de</sup> lijn redenen kunnen zijn om niet direct tot operatie te besluiten. In de tussentijd kan dan conservatieve therapie worden gegeven.

Auteur: dhr. dr. G.J.D. Hengstman, neuroloog, afdeling Neurologie, Máxima Medisch Centrum, Postbus 90052, 5600 PD Eindhoven, tel: +31 (0)40 888 58 82, e-mailadres: g.hengstman@mmc.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

2. De tot nu toe beschikbare literatuurgegevens geven aan dat steroidinjecties bij de carpale tunnel zelden complicaties veroorzaken. Toch zijn onder andere zenuwletsel, peesruptuur en sympathische dystrofie als zodanig gemeld.<sup>1</sup> Daarnaast is het effect, ook van herhaalde injecties, doorgaans tijdelijk, zodat uiteindelijk meestal toch een operatie volgt. Op grond van een en ander is het de mening van de werkgroep dat voorafgaand zenuwgeleidingsonderzoek aanbeveling verdient, maar omdat dit in de 1<sup>ste</sup> lijn vaak op praktische problemen stuit, is dat niet in het betreffende stroomdiagram opgenomen.
3. In het kader van de chirurgische behandeling dient het geleidingsonderzoek zeker niet alleen om medicolegale problemen te voorkomen. Het is in eerste instantie een kwestie van verantwoorde patiëntenzorg om zoveel mogelijk te voorkomen dat iemand onnodig wordt geopereerd en daarbij inderdaad ook nog kans heeft op een complicatie. Verder is het van belang preoperatief de mate van geleidingsvertraging te meten voor het geval de patiënt ook langere tijd na de operatie nog klachten heeft. Wanneer deze op een onvolledige klieving of een peroperatieve beschadiging berusten, zal de geleiding geen verbetering tonen. Bij een geslaagde decompressie is de geleiding na een maand of 3 vaak nog niet genormaliseerd maar wel verbeterd.<sup>1</sup>
4. De door collega Hengstman gebruikte term 'EMG' kan tot een misverstand aanleiding geven. Zoals in het eerste stroomdiagram te zien is, wordt in het kader van de CTS-diagnostiek uitsluitend zenuwgeleidingsonderzoek gedaan. Dit onderzoek

wordt uitgevoerd met oppervlakte-elektroden, waardoor het onderzoek nauwelijks belastend is. Er is geen reden voor naaldmyografisch onderzoek.

5. Voor de eerst genoemde geleidingstest in dat stroomdiagram is een sensitiviteit van circa 85% vastgesteld.<sup>1</sup> Bij combinatie met een tweetal soortgelijke tests, neemt die sensitiviteit nog toe. Voor het CTS bestaat geen ander diagnostisch onderzoek dat hieraan kan tippen. Zoals collega Hengstman opmerkt, kan het toch voorkomen dat bij een typische CTS-anamnese het geleidingsonderzoek niet afwijkend is. Men dient zich te realiseren dat het tintelen van de vingers niet berust op de geleidingsvertraging maar op een lokale overprikkelbaarheid van de zenuw. Het betreft hier 2 processen die kennelijk niet altijd gelijk opgaan. Verder kan een zeer geringe geleidingsvertraging nog juist binnen de norm vallen. Een en ander rechtvaardigt de beslissing om bij persisterende typische klachten toch te opereren.

*Dhr. dr. M.C.T.F.M. de Krom*

*Dhr. prof. dr. F. Spaans*

*mede namens de werkgroep Diagnostiek en behandeling van het carpaletunnelsyndroom*

## Referenties

1. De Krom M, Van Croonenborg J, Blaauw G, Dammers J, Dapper M, De Graaf J, et al. *Diagnostiek en behandeling van het carpale-tunnelsyndroom*. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden; 2006. Te raadplegen op: <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/> (21 februari 2008).