

Reactie op richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van het carpale-tunnelsyndroom’

W.A.J. Hoefnagels

(*Tijdschr Neurol Neurochir 2007;108:86*)

Als 2 neurologen met elkaar praten over de aanpak van een klinisch probleem, dan zullen al snel verschillen blijken. De een legt het accent net even anders als de ander. Ik zou nooit... Dan doe ik altijd... Maar we hadden toch afgesproken dat we voortaan alleen nog ‘evidence-based’ te werk zouden gaan? Hoe kan het dan dat die 2 neurologen met elkaar van mening verschillen?

De een vertrouwt wat meer op zijn ervaring. De ander past de resultaten van de laatste klinische trial toe. Er zijn ook neurologen die de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie lezen. Dat valt tegenwoordig niet mee, want zelfs over een eenvoudig probleem als het carpaletunnelsyndroom (CTS) slaagt een commissie erin om maar liefst 151 pagina's te produceren.¹ Het is dan ook een multidisciplinaire richtlijn. En als 2 neurologen al van mening kunnen verschillen... De samenvatting telt 8 pagina's. Dat is toch niet teveel gevraagd?

Zo kunt u lezen dat aanvullend laboratoriumonderzoek niet nodig is, dat een spalkje nog steeds geprobeerd mag worden, maar dat de reumatologen een injectie met cortison beter vinden. En dat het wel moet kloppen voordat u de patiënt naar de chirurg verwijst: een typische anamnese en een daarbij passend EMG.

In Zeeuws-Vlaanderen gaan de meeste patiënten een week na de operatie alweer aan het werk, maar in de samenvatting kunt u lezen dat ook overleg met de bedrijfsarts plaats kan vinden over aanpassing van de werkzaamheden of de werkplek.

Niet elke patiënt is tevreden na de operatie. Als klachten blijven bestaan na 3 maanden of opnieuw dezelfde klachten optreden, dan ontstaat de moeilijke vraag of er sprake is van een recidief-CTS of dat het ligamentum carpi transversum onvolledig gekliefd is. Het EMG-onderzoek blijft lang na de operatie afwijkend, dus daar kun je niet op varen. Voor dit probleem moet u echt de tekst van de richtlijn raadplegen. Dan kunt u vinden dat een recidief aan nemelijk is als bij herhaald EMG-onderzoek progressie van de afwijkingen optreedt. Als er geen verbetering is opgetreden vergeleken met het preoperatieve EMG, dan moet een onvoldoende klieving worden overwogen. Opnieuw opereren heeft dan de voorkeur boven een injectie met corticosteroiden.

Tot mijn verbazing las ik ook in de volledige richtlijn dat patiënten met een CTS zelfs in de WAO terecht kunnen komen. En dat de kosten van ziekteverzuim in verband met CTS aanzienlijk zijn. Het overleg met de bedrijfsarts is dus misschien zo gek nog niet. CTS is een veel voorkomend probleem. De commissie is te prijzen dat ze alle aspecten van dit euvel onder de loep heeft genomen. Op basis hiervan kunt u lokaal afspraken maken, zodat de aanpak van dit syndroom een beetje vlot verloopt en de verschillende behandelaars elkaar niet teveel tegenspreken.

Referentie

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).*