

Omdat de eerste symptomen enkel pijn en/of paresthesie zijn en dit niet objectiveerbaar is, wordt de diagnose vaak niet of laattijdig gesteld. Er wordt dan verondersteld dat de degeneratieve veranderingen die men ziet op de NMR deconditionering en/of psychologische factoren zijn die verantwoordelijk zijn voor de pijn.

Het stellen van de diagnose is belangrijk omdat aldus erkend wordt dat de pijn **invaliderde neuropathische pijn** is ten gevolge van een lichamelijke aandoening en bijgevolg geen psychologische oorzaak heeft. Deze erkenning zorgt voor meer begrip vanuit de omgeving. Bovendien wordt de patiënt door de diagnose behoed voor verdere onnodige invasieve technische onderzoeken en behandelingen.

Het idiopathisch cerebrosпинаal drukdysregulatiesyndroom kan de oorzaak van zijn van zogenaamde 'unexplained complex chronic pain syndromes'.

Verder wetenschappelijk onderzoek is lopende.

## De diagnose

De diagnose gebeurt op basis van:

- een anamnese: langdurig onverklaarde refractaire pijnklachten bij een patiënt bij wie alle andere oorzaken uitgesloten werden in combinatie met blaasretentie- en darmsymptomen, fecale en urinaire incontinentie, genitale en perineale pijn, pijn tijdens zitten en staan, cervicalgie, dorsalgie, thoracale pijn.
- een prik-pintest thv de "stocking area" en de "glove area" en dorsaal thv de pijnlijke zone
- NMR van het sacrum et axiale, coronale en sagittale opnames en een NMR CWZ
- EMG van de onderste ledematen en de bekkenbodem met inbegrip van geleidingsonderzoek van de nervus suralis (S1S2), de Hoffmannreflexen (S1), naald-EMG van de intrinsieke nervus tibialis bezenuwde plantaire voetspieren (S2) en de anale sfincter evt. met ano-anaale reflex (S3S4)
- een spinal fluid tap waarbij ruggenmergvocht wordt afgetapt om de druk te verminderen. Als de patiënt tijdelijk beter is dat een bewijs dat een gestoorde drukregulatie de oorzaak is.

Het EMG en de spinal fluid tap zijn niet noodzakelijk om de diagnose te stellen, maar kunnen in geval van twijfel de diagnose bevestigen.

## Contact

© **VZW OSTC**

**Overdruksyndroom en Tarlov-cysten**

[www.overdruksyndroom.be](http://www.overdruksyndroom.be)

[arts@overdruksyndroom.be](mailto:arts@overdruksyndroom.be)

Meer informatie vindt u op:

<http://overdruksyndroom.be/voor-artsen/>

**Idiopathisch  
cerebrosпинаal  
drukdysregulatie-  
syndroom**  
Brochure voor artsen

**De behandeling**

De behandeling in België bestaat uit medicatie tegen zenuwpijn (zoals Gabapentine (Neurontin) of Pregabaline (Lyrica), Cymbalta, Redomex of Deanxit en/of Diamox in combinatie met manuele therapie of osteopathie. Soms zijn morfine-afgeleide producten nodig.

In het buitenland zijn er (minder evidente) behandelingsmogelijkheden zoals het leegzuigen of het afbinden van de cysten. Een operatie is echter maar in sommige zeldzame gevallen een oplossing.

Er wordt aangeraden om zo weinig mogelijk te zitten, te staan of zware inspanningen te doen. Dit doet de druk in de cyste(n) oplopen en lokt de symptomen uit.

## De symptomen

Mogelijke symptomen bij compressie van de sacrale wortels (de symptomen zijn dezelfde als die van een chronisch cauda equina syndroom)

- ischialgie en paresthesie in dermatoom L5 tot S4, typisch toenemend bij zitten;
- pijn, paresthesie en parese van de intrinsieke voetspieren (igv druk op wortel S2) of van de voet- en teenextensoren (igv cyste op wortel L5);
- neurogene claudicatio: de patiënt kan niet snel meer doorwandelen;
- pijn en paresthesie van het perineum, dyspareunie, testiculaire of peniele pijn;
- neurogene blaas met vooral urineretentie: hesitatie, frequency, urgency, meepersen om de blaas te kunnen ledigen;
- neurogene darmen met constipatie soms afgewisseld met diarree, krampen ...;
- sfincterproblemen met urinaire (stress- en urge) en/of faecale incontinentie (soiling) (S3S4);
- impotentie;
- hoofdpijn (reflecteert een verhoogde hydrostatische druk in het spinaal kanaal).

De klachten beginnen of verergeren vaak na een trauma en/of de zwangerschap.

Deze invaliderende en ongediagnosticeerde en onbegrepen neuropathische pijnklachten leiden frequent tot depressie en soms zelfs suïcidale gedachten.

Vaak zegt een patiënt niet te kunnen zitten, wat sociaal invaliderend is. De pijn bij zitten is radiculare pijn en vaak gelokaliseerd in het sacrum, het perineum, de glutei, de achterkant van de bovenbenen en soms tot de kuit en de voeten. Bijna altijd zijn er blaasretentie- en/of darmproblemen (constipatie, diarree, darmkrampen).

De pijn neemt veelal toe bij belastende activiteiten (door verhoging van de hydrostatische druk in het spinaal kanaal) en verbetert bij liggen.

## Verhoogde druk binnenin de zenuwwortel

Door een idiopathisch gestoorde cerebrospinale drukregeling (analoog aan aandoeningen als idiopathische intracranieële hypertensie en normale druk hydrocephalie) kan de druk in het ruggenmergkanaal oplopen en cerebrospinaal vocht in de zenuwwortelscheden worden geperst. De verhoogde druk in de zenuwwortels leidt tot irritatie van de inliggende axonen met in eerste instantie radiculare pijn en paresthesie. De zenuwwortelschede kan vervolgens dilateren in de buurt van het dorsaal ganglion, waar ze het zwakst is. Dit gebeurt vooral in het sacrum, waar de hydrostatische druk het hoogst is omdat we rechtop lopen en veel zitten. Maar ook lumbaal, dorsaal, cervicaal en ter hoogte van de craniale zenuwen ontstaat er hogere druk in de wortelscheden. De verhoogde intraspinale druk is verantwoordelijk voor radiculare pijnklachten in het hele cerebrospinaal kanaal met irradiatie naar het bekken, de benen, de voeten, de romp, de nek, de armen en het gelaat.

De grootste wortelverbredingen zijn sacraal gelegen en de kleinere dorsaal en laagcervicaal.

## Symptomatische kleine TC

Ook kleine cysten kunnen invaliderende symptomen veroorzaken. (zie Electromyographic abnormalities in symptomatic sacral Tarlov cysts. Hulens M., Bruyninckx F., Dankaerts W., Vansant G., De Mulder P. Reviewed. Pain Practice.) Inmiddels werden al meerdere patiënten met chronische onverklaarde pijnklachten en met kleine lumbosacrale Tarlov cysten d.m.v. het EMG gediagnosticeerd met deze aandoening. (Publicatie in voorbereiding.)

Het is dus niet de afmeting van de cyste die bepaalt of een cyste symptomatisch wordt. Ook in de literatuur zijn hiervoor aanwijzingen:

- Davis, Radiology 1993: flow-sensitive frequencies MRI studies: 'no significant difference in size between symptomatic and asymptomatic Tarlov cysts. But, a clear-cut disparity in the context of communication: 5 of 5 asymptomatic TC were shown to communicate, 7 of 7 symptomatic TC were not shown to communicate'.

- Langdown, J Spinal Disord Tech. 2005: 'in our intraoperative experience it is not the size of the cyst per se but its proximity to the nerve root and the presence of a valve mechanism within the cyst itself that predict symptom development and progression'.

- Sun, Sci China Life Sci. 2013: Enlargement of TC leads to progression of symptoms. As the mass enlarges, the sensory nerve root fibers are stretched over the periphery of the lesion or are compressed against adjacent nerve roots, causing pain or other sensory disturbance at multiple levels. TC often present with multiple smaller cysts. ... Patients may begin to feel pain or paresthesia early, and even very small cysts with spinal nerve root fibers can therefore be diagnosed early.