

Een gevaarlijk stijve nek bij ziekte van Bechterew

K. W. A. P. VAN DER HEYDEN, J. A. N. VERHAAR EN A. VAN OOO

Dames en Heren,

Ankylose en osteoporose van de wervelkolom zijn bekende verschijnselen van de ziekte van Bechterew. Door verlies van flexibiliteit is de wervelkolom bij deze ziekte kwetsbaarder voor inwerkende krachten dan een normale wervelkolom. Vooral in de geankyloseerde cervicale wervelkolom kunnen bij een relatief gering trauma fracturen ontstaan. Mede door de onbekendheid met deze gevaarlijke fractuur worden deze nogal eens gemist en helaas ook onderschat.

Op de polikliniek reumatologie verscheen patiënt A, een man van 49 jaar, nadat hij een week tevoren in bad was uitgegleden. Hij was al ruim 20 jaar bekend wegens de ziekte van Bechterew. Hij klaagde over blijvende nekpijn. De pijn nam toe als patiënt de krant las en was afwezig als hij plat in bed lag. De pijn straalde niet uit naar de armen. Bij onderzoek bestonden er druk- en kloppijnter plaatsen van de nek. Er waren geen neurologische uitvalsverschijnselen. Röntgenonderzoek van de cervicale wervelkolom liet een fractuurlijn tussen het corpus van Cv-Cvi zien zonder dislocatie.

Patiënt werd gedurende 6 weken behandeld met een zachte halskraag. Op de controle-röntgenfoto was daarna een in anatomische stand geconsolideerde fractuur te zien.

Patiënt B is een man van 63 jaar die al ruim 30 jaar bekend is wegens de ziekte van Bechterew. Hij kon zijn hoofd al meer dan 15 jaar niet bewegen, maar kon nog redelijk zelfstandig lopen. Patiënt werd 's nachts op onze eerste-hulpafdeling gebracht, nadat hij thuis uit bed was gevallen. Hij klaagde over een pijnlijke nek. Bij lichamelijk onderzoek was de cervicale wervelkolom drukpijnlijk; er waren geen neurologische uitvalsverschijnselen. De dienstdoende assistent zag op de röntgenfoto een ankylose van de cervicale wervelkolom zonder een duidelijke fractuur; patiënt werd met een zachte halskraag naar huis gestuurd.

Nog dezelfde dag werd patiënt opnieuw door de huisarts naar ons toegestuurd wegens toename van de nekpijn en de uitstraling naar beide armen bij flexie van de nek. Nieuwe röntgenfoto's toonden een compressiefractuur Cv-Cvi met toegenomen kyfoserig ten opzichte van de nachtelijke röntgenopnamen (figuur 1). Patiënt

werd opgenomen en omdat bij neurologisch onderzoek geen uitval kon worden aangetoond, werd een 'minerva-gips' aangelegd. Dit bestond uit een circulair gips om de romp, de hals en het hoofd. Hierbij werd alleen het aangezicht, met uitzondering van het voorhoofd en een deel van het behaarde hoofd vrijgelaten. Na een week werd deze immobilisatie in verband met pijnklachten rond de kin vervangen door een halo-tractie. Een metalen ring (de halo), gefixeerd met schroeven in de schedel, werd rond het hoofd aangebracht en de halo werd met metalen stangen aan een rompgips bevestigd. Vanwege nachtelijke onrust, veroorzaakt door hypoxie, viel patiënt tweemaal uit bed. De eerste keer raakte de halo-fixatie los, zodat die opnieuw moest worden aangebracht. De tweede maal liep patiënt een pertrochantaire femurfractuur op. Deze fractuur werd wegens de zeer slechte cardiopulmonale toestand van de patiënt conservatief met snaartractie behandeld. Na 9 weken leek de cervicale fractuur geconsolideerd te zijn en werd het halo-vest verwijderd.

De fractuur kyfoseerde daarop echter opnieuw, zodat alsnog een voorste spondylodesis moest worden verricht. In de postoperatieve fase overleed patiënt ten gevolge van cardiale insufficiëntie.

Wij zagen op onze eerste-hulpafdeling patiënt C, een man van 80 jaar, nadat hij als voetganger door een auto van achteren was aangereden. Hij was al 35 jaar bekend wegens de ziekte van Bechterew. Behalve een commotio cerebri en een enigszins pijnlijke nek, waren er bij algemeen en neurologisch onderzoek geen afwijkingen. Op de röntgenfoto's van de schedel en cervicale wervelkolom werden geen traumatische afwijkingen gevonden. Wegens de commotio werd de patiënt ter observatie opgenomen. Hij zou op de afdeling een halskraag krijgen, hetgeen door een communicatiestoornis niet is gebeurd.

Omdat de nekpijn persisteerde, werden zes dagen na het ongeval röntgenfoto's in maximale flexie en extensie van de cervicale wervelkolom gemaakt (figuur 2). Hierop was een kyfoserende compressiefractuur Cv-Cv zichtbaar. Het opnieuw bestuderen van de eerste röntgenfoto's toonde aan dat ook daarop reeds de fractuur te zien was. Patiënt werd behandeld met een voorste spondylodesis, waarna uiteindelijk een consolidatie volgde.

De ziektegeschiedenissen van deze 3 patiënten tonen het verraderlijke karakter van de fracturen van de geankyloseerde cervicale wervelkolom bij de ziekte van Bechterew. Vooral de opsporing van deze fractuur geeft nogal eens problemen, omdat het ongeval vaak onbeduidend

Academisch Ziekenhuis, afd. Orthopedie, Maastricht.
K. W. A. P. van der Heyden (thans: Sint Joseph Ziekenhuis, afd. Orthopedie, Aalsterweg 259, 5644 RC Eindhoven), J. A. N. Verhaar en dr. A. van Ooy, orthopedisch chirurg.
Correspondentie-adres: K. W. A. P. van der Heyden.



FIGUUR 1. Patiënt B. (a) Laterale röntgenopname van de cervicale wervelkolom in flexie; en (b) in deflexie. Tussen de corpora van C5 en C6 is een fractuur zichtbaar met een kyfotische hoek in flexie.



FIGUUR 2. Patiënt C. Laterale röntgenopname van de cervicale wervelkolom: er bestaat een sterke kyfose met een aanzienlijke toename van de afstand tussen de processi spinosi C4-C5.

lijkt te zijn geweest; een fractuur kan echter reeds na een ogenschijnlijk triviaal trauma ontstaan. Meestal is de oorzaak een val in huis, zoals in bad, van de trap of uit bed.

De wervelkolom is door de ankylose een starre buis geworden, die te vergelijken is met een diafyse van een pijpbeen. Door de verminderde buigkracht en door de osteoporose is de wervelkolom bij patiënten met de ziekte van Bechterew bijzonder kwetsbaar geworden. Door de veranderde structuur en vorm van de wervelkolom bij de ziekte van Bechterew wordt een fractuur bij deze patiënten moeilijk herkend.¹ Bij een duidelijke dislocatie van de fractuur geeft dit meestal geen problemen, maar wel als de fractuurlijn onopvallend is.

Een fractuur van de cervicale wervelkolom bij de ziekte van Bechterew moet als instabiel beschouwd worden.²⁻⁴ Omdat bij instabiele fracturen de mogelijkheid van (verdere) neurologische beschadiging blijft bestaan totdat consolidatie van de fractuur is opgetreden, moet adequate immobilisatie van de fractuur plaatsvinden. Meer dan de helft van de cervicale fracturen bij de ziekte van Bechterew veroorzaakt een neurologisch letsel,^{5,6} variërend van een lichte neuralgie van de extremiteiten tot een dwarslaesie. Het neurologische letsel is bij adequate behandeling soms geheel of gedeeltelijk reversibel. De sterfte ten gevolge van deze fracturen is ongeveer 40% en ligt daarmee hoger dan bij fracturen van een normale wervelkolom.⁷

Bij fracturen zonder neurologische uitvalsverschijnselen kan meestal volstaan worden met conservatieve behandeling. De fractuur moet geïmmobiliseerd worden door middel van een uitwendige steun. Afhankelijk van de gewenste immobilisatie kan daarbij worden gekozen uit een harde halskoker, een 'minervagips' of een halo-tractie, welke laatste methode de grootste immobilisatie geeft.²⁻⁶ Bij sterke kyfoserig van de fractuur en bij progressie van neurologische uitvalsverschijnselen is operatief ingrijpen soms noodzakelijk. Vanwege de instabiliteit van de fractuur moet zowel het neurologische als het radiologische beeld tijdens de behandeling nauwlettend gevolgd worden.

Dames en Heren, de fractuur van de ankylotische cervicale wervelkolom bij de ziekte van Bechterew is gevaarlijk. Ook bij een triviaal trauma moet men erop bedacht zijn. Een dergelijke fractuur moet als instabiel beschouwd worden en behoeft directe immobilisatie. Tijdige onderkenning en behandeling van de fractuur zijn

voor de patiënt soms van levensbelang en kunnen onnodige onherstelbare schade voorkomen.

De auteurs danken dr. J.J. Rasker, reumatoloog, voor het beschikbaar stellen van de gegevens van patiënt A.

LITERATUUR

- 1 Harding JR, McCall IW, Park WM, Jones BF. Fracture of the cervical spine in ankylosing spondylitis. *Br J Radiol* 1985; 58: 3-7.
- 2 Broom MJ, Raycroft JF. Complications of fractures of the cervical spine in ankylosing spondylitis. *Spine* 1988; 13: 763-6.
- 3 Hunter T, Dubo H. Spinal fractures complicating ankylosing spondylitis. *Ann Intern Med* 1978; 88: 546-9.
- 4 Klems H. Halswirbelsäulefraktur bei Spondylarthritis ankylopoetica. *Arch Orthop Unfallchir* 1977; 87: 203-11.
- 5 Rand RW, Stern WE. Cervical fractures of the ankylosed rheumatoid spine. *Neurochirurgia* 1961; 4: 137-48.
- 6 Woodruff FP, Dewing SB. Fractures of the cervical spine in patients with ankylosing spondylitis. *Radiology* 1963; 80: 17-21.
- 7 Kewalramani LS, Taylor RG, Albrand OW. Cervical spine injury in patients with ankylosing spondylitis. *J Trauma* 1975; 15: 931-4.

Aanvaard op 26 februari 1990

Commentaren

Cytologische diagnostiek van baarmoederhalskanker; classificatiesystemen ter discussie

H. C. W. DE VET

INLEIDING

Tijdens een workshop in het National Cancer Institute in Bethesda, Maryland, VS, hebben experts op het gebied van de cervixcytologie een nieuw classificatiesysteem voorgesteld ter vervanging van de Papanicolaou (afgekort Pap)-classificatie.^{1,2} De inhoud van het nieuwe classificatiesysteem en de redenen om hierop over te gaan zijn onlangs in dit tijdschrift beschreven.² De vraag is of het nieuwe classificatiesysteem een verbetering betekent opzichte van de Pap-classificatie. Alvorens deze vraag te beantwoorden is het zinvol even stil te staan bij het doel van de cytologische diagnostiek.

Het doel van het uitstrijkje is na te gaan of een vrouw een kleine of een grote kans op baarmoederhalskanker heeft, ofwel te onderzoeken of een voorstadium van baarmoederhalskanker of misschien zelfs baarmoederhalskanker aanwezig is. De Pap-classificatie geeft daar bij aan hoe sterk het vermoeden van maligniteit is. (N.B. In feite gaat het om de kans op baarmoederhalskanker. In de praktijk meet men dat af aan de ernst van het voorstadium.) De cytologische diagnostiek levert nooit een definitieve diagnose op, maar dient om te beslissen of vervolgdagnostiek nodig is. Het 'afkappunt' tussen

bevindingen waarbij men wel vervolgdagnostiek uitvoert en bevindingen waarbij men dat niet doet, dient zo gekozen te worden dat het aantal fout-positieve testuitslagen (test positief en ziekte afwezig) en het aantal fout-negatieve testuitslagen (test negatief en ziekte aanwezig) minimaal zijn en tegen elkaar opwegen. De discussies over waar dit afkappunt moet liggen, hebben er in Nederland toe geleid dat men onderscheid is gaan maken tussen Pap IIIA en Pap IIIB. Experts in Nederland hebben consensus bereikt over de advisering bij afwijkende bevindingen van cytologisch onderzoek van de cervix uteri in het kader van bevolkingsonderzoek in de eerste lijn.³ Bij Pap I en Pap II wordt geadviseerd om de uitstrijk na 3 respectievelijk 1 jaar te herhalen. Bij Pap IIIA luidt het advies om de uitstrijk na 3 maanden te herhalen, terwijl bij Pap IIIB, IV of V direct vervolgdagnostiek geïndiceerd is. Met het advies om een uitstrijk na 3 maanden te herhalen bij Pap IIIA wordt adequaat ingespeeld op de onzekerheid die deze diagnose met zich meebrengt over of er nu wel of niet iets aan de hand is. Zou men bij alle Pap IIIA-uitslagen vervolgdagnostiek uitvoeren (colposcopie en (of) histologie) dan vindt men te veel vrouwen die geen voorstadium van baarmoederhalskanker hebben; zou men geen vervolgdagnostiek uitvoeren, dan loopt men kans om ernstige voorstadia van baarmoederhalskanker of zelfs de diagnose baarmoederhalskanker te missen. Als bij herhaling van de

Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Epidemiologie en Gezondheidszorgonderzoek, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.
Mw.dr.ir.H.C.W.de Vet, epidemioloog.