



# Cervicale radiculare pijn: conservatieve behandeling, epidurale corticosteroidinjecties of een combinatie van beide behandelingen?

### Referentie

Cohen SP, Hayek S, Semenov Y, et al. Epidural steroid injections, conservative treatment or combination treatment for cervical radicular pain, a multicenter, randomized, comparative-effectiveness study. *Anesthesiology* 2014;121:1045-55.

### Duiding

Louise Joly, assistante en Médecine Générale, Université de Liège

De incidentie van cervicale radiculare pijn bedraagt ongeveer 83 op 100 000 persoonjaren en de klacht treft vooral patiënten tussen 50 en 60 jaar (1). De pijn leidt tot functionele beperkingen en tot een vermindering van de kwaliteit van leven (2).

In 2010 gaf Minerva commentaar op een studie die het effect vergeleek van een halfharde halskraag of kinesitherapie enerzijds met een afwachterende houding anderzijds voor de behandeling van recent ontstane (minder dan 4 weken) cervicale radiculopathie (3,4). Tijdens de eerste 6 weken van de behandeling waren beide interventies statistisch significant effectiever dan een afwachterende houding, maar de klinische relevantie van dit resultaat was twijfelachtig. Na 6 maanden was er geen verschil meer tussen de 3 onderzoeksgroepen. In 2 (zeer) oude studies kon men evenmin een significant verschil aantonen op langere termijn (meer dan 6 maanden) tussen een afwachterende houding, chirurgie, kinesitherapie en rust in combinatie met een halskraag voor de behandeling van cervicale radiculare pijn (5,6).

Cohen et al. publiceerden in 2014 een **multicenter**, enkelblinde, **parallelgroepen** RCT (in de V.S.) over de werkzaamheid van epidurale corticosteroidinjecties in vergelijking met een conservatieve behandeling (kinesitherapie en pijnstilling) of met een combinatie van beide behandelingen (7). De auteurs includeerden 169 volwassenen ( $\geq 18$  jaar) met niet-acute (meer dan 1 maand en minder dan 4 jaar) pijn in de nek die uitstraalt tot in de arm en met een pijnintensiteit van 4/10 op een numerieke of equivalente schaal. Bij inclusie moesten de resultaten van de MRI correleren met de symptomen van de aandoening. De patiënten werden gerandomiseerd over 3 onderzoeksgroepen: groep 1 kreeg kinesitherapie + neuropathische pijnstilling (gabapentine en/of nortriptyline), groep 2 epidurale corticosteroidinjecties en groep 3 een combinatie van beide therapeutische opties. De evaluatie gebeurde op 1, 3 en 6 maanden. Bij aanvang van de studie hadden de deelnemers pijn sinds gemiddeld 1,3 jaar. De deelnemers scoorden in de week vóór de evaluatie na 1 maand hun pijn op een numerieke schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (zeer veel pijn). Als primaire uitkomstmaat kozen de auteurs voor de gemiddelde score van deze pijnmeting op 1 maand. Ze evalueerden ook talrijke secundaire uitkomstmaten: pijn in de nek, nood aan bijkomende pijnstilling (al dan niet opioïden), therapietrouw aan de medicatie en aan de kinesitherapie, ongewenste effecten en complicaties van de behandelingen, patiënttevredenheid, globale perceptie van het effect en ten slotte een samengestelde uitkomstmaat die de vermindering van de pijn in de arm na 3 maanden met 2 of meer punten combineerde met de subjectieve perceptie van globale klinische verbetering.

Voor de primaire uitkomstmaat stelden de auteurs geen statistisch significant verschil vast tussen de 3 interventies. De combinatiebehandeling leidde in vergelijking met de 2 monotherapieën wel tot een statistisch significant resultaat voor sommige secundaire uitkomstmaten (pijn in de nek, gemiddelde vermindering van pijn in de arm). De auteurs bepaalden vooraf echter geen drempel voor klinische relevantie; de resultaten waren waarschijnlijk klinisch niet relevant.

Deze publicatie leest niet gemakkelijk en de auteurs richtten zich vooral op secundaire uitkomstmaten. De studie heeft verschillende beperkingen. De medicamenteuze behandeling was niet gestandaardiseerd en de interventie met kinesitherapie niet gestructureerd. Alleen de evaluatie van de behandelingen verliep geblindeerd. Op elk evaluatietijdstip konden de therapeuten de behandeling van de patiënten zonder respons bijstellen of wijzigen. De inhoud van de kinesitherapie werd individueel bepaald. In die zin benadert deze studie enigszins een pragmatisch

opzet. We weten echter niets over de ervaring van de kinesitherapeuten, hun behandelingsplan en het aantal sessies. De vraag over de intrinsieke werkzaamheid van gabapentine en nortriptyline voor de behandeling van pijn in de nek en in de arm komt niet specifiek ter sprake in het artikel. De auteurs geven overigens toe dat de keuze van de moleculen voor de medicamenteuze behandeling gebaseerd is op studies met een geringe methodologische kwaliteit. En ten slotte gaan ze niet in op de balans tussen de voordelen en de risico's van de verschillende therapeutische opties.

De North American Spine Society publiceerde in 2011 een richtlijn over de diagnostiek en de behandeling van cervicale radiculopathie (8). Op basis van een zeer gering niveau van bewijskracht raadt deze richtlijn epidurale corticosteroïdinjecties aan als een mogelijke therapeutische optie voor patiënten die in aanmerking komen voor chirurgie.

## Besluit

Deze studie met methodologische beperkingen toont aan dat epidurale corticosteroïdinjecties in monotherapie of in combinatie met een conservatieve behandeling (pijnstilling en kinesitherapie) niet superieur zijn aan de conservatieve behandeling alleen voor patiënten met niet-acute cervicale pijn die uitstraalt tot in de arm. Ander onderzoek is nodig om beter de werkzaamheid en de plaats van epidurale corticosteroïdinjecties in te schatten bij volwassenen met cervicale radiculaire pijn. Bij iedere therapeutische optie moet men de balans opmaken tussen de voordelen en de risico's.

## Referenties

1. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM, Kurland LT. Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. *Brain* 1994;117:325-35.
2. Daffner SD, Hilibrand AS, Hanscom BS, et al. Impact of neck and arm pain on overall health status. *Spine* 2003;28:2030-5.
3. Crismer A. Cervicale radiculopathie: halskraag, kinesitherapie of afwachtende houding? *Minerva* 2010;9(7):80-1.
4. Kuijper B, Tans J, Beelen A, et al. Cervical collar or physiotherapy versus wait and see policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial. *BMJ* 2009;339:b3883.
5. Persson LC, Carlsson CA, Carlsson IY. Long lasting cervical radicular pain managed with surgery, physiotherapy, or a cervical collar. A prospective, randomised study. *Spine* 1997;22:751-8.
6. Pain in the neck and arm : a multicentre trial of the effects of physiotherapy, arranged by the British Association of the Physical Medicine. *Br Med J* 1966;1:253-8.
7. Cohen SP, Hayek S, Semenov Y, et al. Epidural steroid injections, conservative treatment or combination treatment for cervical radicular pain, a multicenter, randomized, comparative-effectiveness study. *Anesthesiology* 2014;121:1045-55.
8. Bono CM, Ghiselli G, Gilbert TJ, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders. *Spine J* 2011;11:64-72.