

Infiltratietechnieken

Inleiding

Na anamnese, inspectie, algemene en specifieke palpatie, functieonderzoek en het stellen van de diagnose komt de therapie of het therapievoorstel. Er zijn verschillende mogelijkheden:

1. causale therapie
2. conservatieve lokale therapie
3. farmaca
4. infiltratie

In de eerste plaats zal de therapie zo mogelijk causaal zijn. Men moet zich steeds afvragen hoe de patiënt een letsel heeft opgelopen, om zodoende zeer gericht te gaan zoeken naar soms schijnbaar onbeduidende details uit de anamnese en het onderzoek. Wie deze stap overslaat, stuit mogelijk op een hardnekkige therapieresistentie. Het kan niet genoeg benadrukt worden dat hier de samenwerking met de kinesist uitermate belangrijk is.

De arts verwijst waar mogelijk naar de kinesist, omdat de behandeling preferentieel zo conservatief mogelijk wordt gehouden, daar zo op termijn de beste resultaten te verwachten zijn. De kinesist verwijst terug als blijkt dat de conservatieve aanpak onvoldoende resultaat oplevert en er nood is aan meer diagnostiek (bv. beeldvorming) of een infiltratie.

Een farmacon kan op drie manieren worden toegediend

1. lokaal
2. per os of enteraal
3. parenteraal

Een lokale toediening van een farmacon wordt veelvuldig gebruikt door patiënten, al of niet op advies van de arts, de apotheker of de verzorger. De meeste patiënten hebben thuis wel een of meer middelen die zij gebruiken voor de arts wordt geconsulteerd. Ook de farmaceutische industrie speelt in op de verwachtingen van de patiënt, en durft wel eens de verwachtingen hoger te stellen dan ze reëel zijn. Een lokaal middel kan subjectieve verlichting brengen, maar heeft geen fundamentele plaats in de orthopedische geneeskunde, gezien het uitblijven van onafhankelijke effectstudies die hun nut bewezen hebben.

De pijnstillers hebben uiteraard hun plaats in de behandeling. Overal waar een laesie ontstaat in het bewegingsapparaat zal een inflammatoire reactie ontstaan, die door de zwelling pijn kan veroorzaken. Een NSAID zal hier door zijn anti-inflammatoire reactie de pijn en de zwelling kunnen verminderen, en zodoende bijdragen tot het comfort van de patiënt.

Het zorgvuldige doorlopen van voortgaande stappen is noodzakelijk. Pas dan kan een infiltratie oordeelkundig worden aangewend. Als 2 (eventueel 3) infiltraties niet helpen, moet men de situatie absoluut herzien: is de diagnose correct, is er indicatie voor heelkunde, moet men langer afwachten omdat...

Basistechnieken

Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen vijf basistechnieken.

Voor elk van deze basistechnieken behandelen we tijdens deze workshop een aantal toepassingen:

1. Intra-articulaire infiltratie

Hierbij wordt de naald in de intra-articulaire holte gebracht, waarna in één vloeiende beweging en met weinig stempeldruk de spuit wordt geleidigd. Het is zeer belangrijk het eerste druppeltje van het farmacon subcutaan te deponeren, dit ter voorkoming van intra-articulaire infectie.

2. Infiltratie van een bursa, cyste of ganglion

De techniek bestaat erin om de naald door het slijmbeursweefsel te steken, en op geleide van de pijn, bij het terugtrekken in het oorspronkelijk traject, een gedeelte van het in te spuiten farmacon te injecteren, waarna de procedure in verschillende richtingen herhaald wordt tot de gehele bursa is behandeld.

3. Infiltratie tussen pees en peesschede

Bij deze techniek wordt de naald tussen pees en peesschede gebracht, door de naald te richten tangentieel aan de pees, tot men een harde structuur raakt (= peesweefsel), waarna men de naald enkele millimeters terugtrekt, om dan meer horizontaal verder te steken. Bij het inspuiten van het farmacon ontstaat dan de karakteristieke worstvormige verdikking in het verloop van de pees(schede).

4. Infiltratie van een insertie van een pees of ligament

De insertie op het bot wordt hierbij bekeken als een driedimensionale structuur, waarbij op geleide van de pijn steeds één druppeltje van het in te spuiten farmacon wordt gedeponerd met een tuberculinespuitje telkens en alleen als de patiënt zijn/haar pijn aangeeft.

5. Perineurale infiltratie

Hierbij wordt rondom een laesie van een perifere zenuwstructuur een hoeveelheid farmacon gedeponerd: kennis van de anatomische ligging bepaalt volledig de techniek.

Het product: corticosteroiden en/of lokale anesthetica

Als product wordt een anti-inflammatoir geneesmiddel (een corticoïd) en/of een anestheticum toegediend. Het doel van een corticoïdinfiltratie is het onderdrukken van een steriele ontsteking. Onvermijdelijk worden natuurlijke herstelprocessen door het corticoïd min of meer afgeremd.

Het anti-inflammatoir effect van de verschillende corticoïden wordt gerelateerd aan hydrocortisone.

20 mg hydrocortisone heeft eenzelfde anti-inflammatoir effect als:

- 5mg prednisolone
- 4mg methylprednisolone (Depo-Medrol) of triamcinolone (Kenacort)
- 0,75mg betomethasone (Diprofos) of dexamethasone

Bijwerkingen corticosteroiden

- Verstoorde suikerspiegel (cave diabetici)
- Hypertensie
- Spieratrofie
- Osteoporose
- Cushing
- Huidatrofie – ontkleuring
- Flushing gelaat

Complicaties na corticoïdinfiltaties

- Chemische synovitis (flare-up)
- Infectie
- Intraneurale injectie
- Pees- of ligamentruptuur

Contra-indicaties corticoïdinfiltaties

- Infectie
- Immunodeficiëntie
- Stollingsstoornis – een goed geregelde anticotherapie is op zich geen CI voor infiltratie.
- Zwangerschap
- Overgevoeligheid

Nazorg

De zorg na een infiltratie verdient veel meer aandacht dan ze gewoonlijk krijgt. De eerste dagen na de infiltratie moet men het geïnfiltreerde lidmaat ontzien (eventueel door een spalk of draagdoek). Ijsapplicatie kan aangewezen zijn. Daarna kan de patiënt binnen de pijngrens beginnen te bewegen. Na 2 weken wordt het effect van de infiltratie nagegaan door het betreffende lidmaat opnieuw klinisch te onderzoeken.

Als minimuminterval tussen 2 infiltraties wordt 10 à 14 dagen aangehaald. Er worden maximum 3 infiltraties gegeven.