

## DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

## Rugpijn na een subarachnoidale bloeding

Emma A. van der Poest Clement, Marieke Dogterom, Vanessa A. Brown en Stef L.M. Bakker

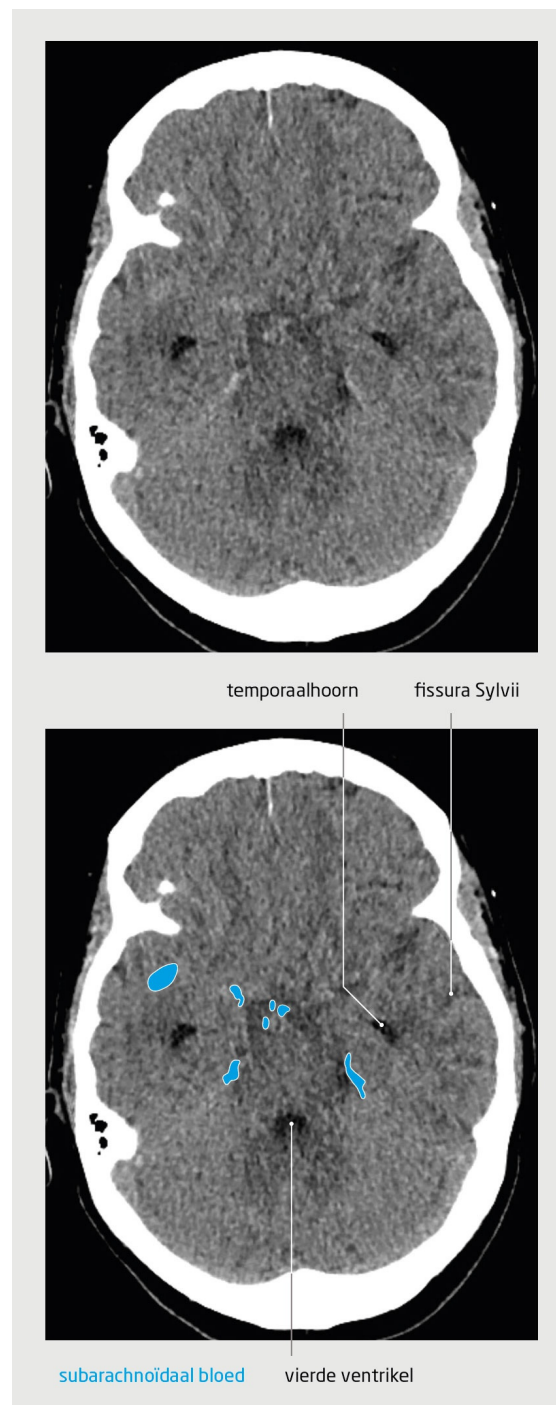
Dames en Heren,

**Een subarachnoidale bloeding (SAB) is een acuut-levensbedreigende aandoening, waarbij tijdige diagnostiek en behandeling van groot belang zijn om de morbiditeit en de mortaliteit te beperken. Bij 1 op de 4 patiënten met een SAB wordt in eerste instantie een andere diagnose gesteld,<sup>1</sup> wat leidt tot vertraging in de diagnostiek en behandeling.<sup>2</sup> Een SAB is niet altijd eenvoudig te herkennen, zeker als de patiënt atypische klachten heeft. Recentelijk zagen wij in ons ziekenhuis 2 patiënten met atypische klachten bij een SAB.**

**Patiënt A**, een 70-jarige vrouw, werd door de huisarts verwezen naar de SEH vanwege hoofdpijn en rugpijn met uitstraling naar beide benen. De voorgeschiedenis vermeldde een TIA en hypertensie, waarvoor zij simvastatine, enalapril, carbasalaatcalcium en dipyridamol gebruikte. De hoofdpijn was 11 dagen geleden acuut ontstaan; patiënte voelde plots een knap in het hoofd terwijl zij aan het fietsen was. De pijn verplaatste zich binnen enkele minuten naar de nek en de rug, die beide stijf aanvoelden. In de dagen daarop straalde de pijn uit via de achterzijde van beide benen tot aan de kuiten. De kracht en het gevoel van de benen waren anamnestic niet-afwijkend en de mictie en de defecatie verliepen zonder problemen. Sinds het begin van de hoofdpijn had patiënte 4 verschillende huisartsen bezocht, die dachten aan radiculaire pijn bij een hernia nuclei pulposi in combinatie met een migraineaanval. Een van de huisartsen had daarom tramadol en sumatriptan voorgeschreven en CT-scans van de wervelkolom laten maken, maar de scans toonden geen afwijkingen die de klachten verklaarden.

Patiënte had 2 dagen vóór het bezoek aan de SEH weer een knap in het hoofd gevoeld, waarbij de hoofdpijn toenam. Bij het neurologisch onderzoek op de SEH viel alleen op dat patiënte menigeaal geprikkeld was. Wij verrichtten een CT-scan van de hersenen, die hyperdense afwijkingen liet zien in de basale cisternen en temporaal in de fissuur van Sylvius, rechts meer uitgesproken dan links. Ook was er een geringe hydrocefalus (figuur 1). Omdat deze afwijkingen passen bij een recent doorgemaakte aneurysmatische SAB, verwezen wij patiënte met spoed naar een interventiecentrum.

Aldaar werd bij CT-angiografie een aneurysma van de A. communicans posterior gevonden, dat succesvol endovasculair behandeld werd. Bij controle 2 maanden na het SEH-bezoek, was patiënte volledig pijnvrij.



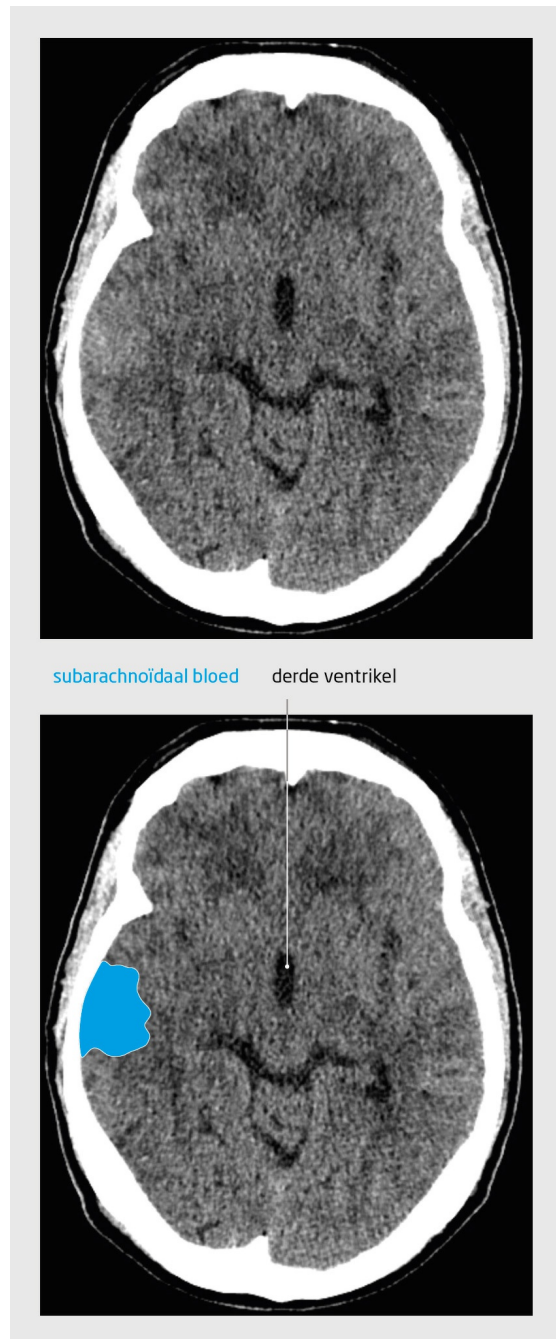
**Figuur 1**  
**Subarachnoïdale bloeding**

*CT-scan van de hersenen van patiënt A*

De CT-hersenen van patiënt A laat subarachnoïdaal bloed zien in de basale cisternen en in de fissuur van Sylvius rechts. De prominente temporaalhoornen van de laterale ventrikels wijzen op een hydrocefalus.

**Patiënt B**, een 69 jarige man, bezocht de polikliniek Neurologie na verwijzing door de huisarts. Hij kampte met hoofdpijn en diverse neurologische klachten, die de huisarts deden denken aan dementie of een hersentumor. De medische voorgeschiedenis was blanco en patiënt gebruikte alleen paracetamol. 9 dagen eerder had hij plots hevige hoofd- en nekpijn gekregen en gebraakt, waarna hij 24 uur had geslapen. Sindsdien voelde patiënt zich griepigerig, was hij vermoeid en zat hij apathisch in een stoel. De hoofd- en nekpijn waren inmiddels hersteld, maar de onderrug was erg pijnlijk, vooral bij opstaan. Daarnaast was zijn gezichtsvermogen beiderzijds verminderd, zag hij 'draaiende kringetjes' en liep hij tegen dingen aan. Ook was hij de afgelopen dagen incontinent voor urine geworden en liep hij zo instabiel dat een rolstoel nodig was.

Bij lichamelijk onderzoek zagen wij een apathische man met een apraxie. De rug was aan de onderzijde paravertebraal drukpijnlijk, rechts meer dan links, zonder aanwijzingen voor radicaire prikkeling. Patiënt had een breedbasisch en instabiel gangpatroon en bij het lopen neigde hij achterover te vallen. Wij verrichtten een CT-scan van de hersenen, die hyperdense afwijkingen rechts temporaal liet zien, passend bij een doorgemaakte subarachnoïdale bloeding (figuur 2). Wij verwezen patiënt met spoed naar een interventiecentrum. Aldaar werd bij CT-angiografie een aneurysma van de A. communicans posterior gezien, dat succesvol endovasculair behandeld werd. Bij controle 2 maanden na het bezoek aan onze polikliniek was patiënt volledig klachtenvrij.



**Figuur 2**  
**Subarachnoïdale bloeding**

*CT-scan van de hersenen van patiënt B*

De CT-hersenen van patiënt B toont subarachnoïdaal bloed rechts temporaal. De verstreken tijd sinds het begin van de hoofdpijn heeft er waarschijnlijk voor gezorgd dat een deel van het bloed – met name in de basale cisternen – al is geresorbeerd.

### Beschouwing

Een SAB is een bloeding in de subarachnoïdale ruimte; deze ruimte bevindt zich direct om de hersenen tussen 2 hersenvliezen

(arachnoïdea en pia mater) en bevat liquor. Ook lopen de meeste cerebrale arteriën door de subarachnoïdale ruimte op.

**Epidemiologie**

De incidentie van SAB is 6-7 patiënten per 100.000 persoonsjaren.<sup>3</sup> Dit betekent dat een huisarts ongeveer eens per 7 jaar een patiënt met een SAB ziet. 5% van alle beroertes is een SAB.<sup>3</sup> De helft van de patiënten met een SAB is jonger dan 55 jaar. Bij 80% van de patiënten is de bloeding het gevolg van een ruptuur van een aneurysma; bij 10% is sprake van een zogeheten perimesencefale bloeding en wordt geen aneurysma gevonden. Andere zeldzame oorzaken van een SAB zijn een vasculaire malformatie, een arteriële dissectie, het reversibele cerebrale vasoconstrictiesyndroom en vasculitis. Bij deze oorzaken van een SAB is het bloed veelal in de perifere liquorruimtes gelokaliseerd is, terwijl het bloed bij een aneurysmatische SAB doorgaans in de basale cisternen gelokaliseerd is.<sup>3</sup>

**Typische presentatie**

**Anamnese** Bij een patiënt bij wie plots hevige hoofdpijn is ontstaan moet altijd gedacht worden aan een SAB. Een stijf gevoel van de nek is ook een belangrijke aanwijzing voor een SAB. Verder is vaak sprake van misselijkheid, fotofobie en een gedaald bewustzijn. Wanneer de hoofdpijn na 1 h nog niet maximaal is, is de diagnose ‘SAB’ minder waarschijnlijk.<sup>4</sup>

**Lichamelijk onderzoek** Twee derde van de patiënten met een SAB heeft een verlaagd bewustzijn bij binnenkomst in het ziekenhuis,<sup>3</sup> variërend van een comateuze staat tot rusteloosheid en verwarring.<sup>4</sup> Nekstijfheid, preretinale bloedingen en neurologische uitvalsverschijnselen zijn ook belangrijke aanwijzingen voor een SAB. De belangrijkste klinische tekenen zijn samengevat in de Ottawa-beslisregel (tabel). Een CT-scan van de hersenen is geïndiceerd, wanneer ten minste 1 van de criteria aanwezig is.

<b>klinisch gegeven</b>
leeftijd ≥ 40 jaar
nekpijn of nekstijfheid
bewustzijnsverlies
begin van de pijn tijdens lichamelijke inspanning
‘thunderclap headache’†
beperkte flexie van de nek bij onderzoek

\* Toepasbaar bij patiënten ≥ 15 jaar met nieuw ontstane, ernstige, niet-traumatische hoofdpijn die binnen 1 h de maximale intensiteit bereikte.

† Hoofdpijn die binnen 1 s de maximale intensiteit bereikte.

**Tabel**  
**Ottawa-beslisregel om een subarachnoïdale bloeding bij patiënten met hoofdpijn uit te sluiten**

*Afwezigheid van alle genoemde klinische gegevens sluit een subarachnoïdale bloeding uit\**

**Atypische presentatie**

De Ottawa-beslisregel houdt geen rekening met atypische klachten. Patiënt A valt niet in deze beslisregel, omdat de hoofdpijn al 11 dagen bestond en de Ottawa-beslisregel toepasbaar is bij nieuw ontstane hoofdpijn. Patiënt B had zelfs geen hoofdpijn meer. Ongeveer 4% van de patiënten met een SAB heeft ten tijde van de presentatie geen hoofdpijn.<sup>5</sup> De meest voorkomende symptomen onder patiënten zonder hoofdpijn zijn: misselijkheid en braken, draaiduizeligheid en nek- of rugpijn.<sup>5</sup> Van alle patiënten met een SAB heeft 16% last van nek- of rugpijn, op het moment dat zij voor het eerst medische hulp zoeken.<sup>5</sup> Misselijkheid en braken zijn het gevolg van een verhoogde intracranieële druk. Nek- en rugpijn ontstaan door irritatie van de spinale meningen; dit kan ook pijn in de benen veroorzaken.<sup>6</sup>

Sommige patiënten met een SAB ervaren hoofdpijn die minder heftig is, langer aanhoudt en kan worden aangezien voor migraine of spierspanningshoofdpijn. Bij zulke patiënten wordt 2 keer zo vaak een verkeerde diagnose gesteld en treedt vertraging op in de diagnostiek en behandeling. Patiënten met een SAB bij wie in eerste instantie een verkeerde diagnose wordt gesteld hebben een aanzienlijk ongunstigere prognose dan patiënten in vergelijkbare klinische conditie die snel adequaat worden behandeld.<sup>7</sup> De prognose van patiënten met atypische, initieel vaak minder ernstige klachten wordt grotendeels bepaald door het al dan niet

optreden van een recidiefbloeding.<sup>1</sup>

Een circulatiestilstand met ecg-afwijkingen heeft meestal een cardiale oorzaak, maar kan ook het gevolg zijn van een SAB. Eerder werden in het NTVG 2 ziektegeschiedenissen beschreven van patiënten met een circulatiestilstand die uiteindelijk een SAB bleken te hebben.<sup>8</sup> Bij 27-100% van de patiënten met een SAB zijn afwijkingen op het ecg zichtbaar, zoals repolarisatiestoornissen, aritmieën en afwijkingen in het ST-segment. In het duiden van de ecg-afwijkingen bij deze patiënten kan het helpen dat ze meestal niet zijn te herleiden tot één coronair stroomgebied, wat bij patiënten met een myocardinfarct vaak wel het geval is.<sup>8</sup>

### Diagnostiek, behandeling en prognose

Bij het vermoeden van een SAB moet met spoed een CT-scan van de hersenen gemaakt worden. Het is belangrijk dat de coupes van de scan niet dikker dan 3 mm zijn, om geen kleine bloedingen te missen.<sup>1</sup> De sensitiviteit van CT voor het detecteren van een SAB is 98% in de eerste 12 h, maar deze neemt door resorptie van het bloed af naarmate de bloeding langer geleden ontstaan is. Bij een CT-scan zonder afwijkingen moet een lumbaalpunctie overwogen worden, tenzij de scan binnen 6 h na het begin van de symptomen is verricht en door een ervaren radioloog is beoordeeld. De afwezigheid van erythrocyten in de liquor of van bilirubine bij spectrofotometrisch onderzoek sluit een SAB uit.

Van de patiënten met een SAB overlijdt 50%, van wie een kwart nog voordat zij het ziekenhuis bereiken.<sup>3</sup> In de eerste uren na een aneurysmatische SAB is de kans op een recidiefbloeding 15%.<sup>3</sup> Dit gaat gepaard met een ongunstige prognose: 80% van de patiënten met een recidiefbloeding overlijdt of blijft invalide. Daarom is het van belang om – na het vaststellen van een SAB – een geruptureerd aneurysma zo snel mogelijk endovasculair of neurochirurgisch te behandelen.

**Dames en Heren**, niet alle patiënten met een subarachnoïdale bloeding zoeken direct medische hulp en daarom moet ook bij patiënten met al langer bestaande, acute ontstane hoofdpijn aan een SAB gedacht worden. Het is belangrijk om aan patiënten te vragen of de hoofdpijn acuut is ontstaan, ook wanneer de pijn al een aantal dagen geleden was. Patiënten met een SAB kunnen zich ook met andere symptomen presenteren dan alleen hoofdpijn, zoals nek- en rugpijn of misselijkheid en braken. Snelle diagnostiek en behandeling is bij een SAB geboden en vertraging aan de zijde van de dokter moet dan ook tot een minimum worden beperkt.

- Online artikel en reageren op [ntvg.nl/D3990](http://ntvg.nl/D3990)
- Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam: E.A. van der Poest Clement, MSc, geneeskundestudent. Franciscus Gasthuis, Rotterdam. Afd. Neurologie: M. Dogterom, MSc, arts-assistent neurologie; dr. S.L.M. Bakker, neuroloog. Afd. Spoedeisende Hulp: V.A. Brown, MSc, SEH-arts.
- Contact: S.L.M. Bakker ([S.Bakker@franciscus.nl](mailto:S.Bakker@franciscus.nl))
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 22 mei 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2019;163:D3990

### Literatuur

1. Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med*. 2000;342:29-36. [doi:10.1056/NEJM20001063420106](https://doi.org/10.1056/NEJM20001063420106). [Medline](#)
2. Kassell NF, Kongable GL, Torner JC, Adams HP Jr, Mazuz H. Delay in referral of patients with ruptured aneurysms to neurosurgical attention. *Stroke*. 1985;16:587-90. [doi:10.1161/01.STR.16.4.587](https://doi.org/10.1161/01.STR.16.4.587). [Medline](#)
3. Van Gijn J, Kerr RS, Rinkel GJ. Subarachnoid haemorrhage. *Lancet*. 2007;369:306-18. [doi:10.1016/S0140-6736\(07\)60153-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60153-6). [Medline](#)
4. Carpenter CR, Hussain AM, Ward MJ, et al. Spontaneous subarachnoid hemorrhage: a systematic review and meta-analysis describing the diagnostic accuracy of history, physical examination, imaging, and lumbar puncture with an exploration of test thresholds. *Acad Emerg Med*. 2016;23:963-1003. [doi:10.1111/acem.12984](https://doi.org/10.1111/acem.12984). [Medline](#)
5. Ogasawara Y, Ito K, Ohkuma H. Atypical presentation of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: incidence and clinical importance. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016;25:1208-14. [doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.01.004](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.01.004). [Medline](#)
6. Adams HP Jr, Jergenson DD, Kassell NF, Sahs AL. Pitfalls in the recognition of subarachnoid hemorrhage. *JAMA*. 1980;244:794-6. [doi:10.1001/jama.1980.03310080028019](https://doi.org/10.1001/jama.1980.03310080028019). [Medline](#)
7. Takagi Y, Hadeishi H, Mineharu Y, et al. Initially missed or delayed diagnosis of subarachnoid hemorrhage: a nationwide survey of contributing factors and outcomes in Japan. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2018;27:871-7. [doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.10.024](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.10.024). [Medline](#)
8. Van Gent MWF, Kuiper MA, Manschot Th, Jerzewsky A, Rommes JH, Spronk PE. [Subarachnoïdale bloeding met de klinische presentatie van een circulatiestilstand bij acuut myocardinfarct](#). *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008;152:331-6. [Medline](#)

### Kernpunten

- Een subarachnoidale bloeding is een acute, levensbedreigende aandoening, waarbij snelle diagnostiek en behandeling van groot belang zijn.
- In de anamnese moet altijd aandacht zijn voor de ontstaanswijze van hoofdpijn, ook wanneer de pijn al meerdere dagen bestaat of ten tijde van consultatie is opgeklaard.
- Pijn in de rug, nek of benen komt met enige regelmaat voor bij patiënten met een subarachnoidale bloeding door prikkeling van de meningen.