

Carpaletunnelsyndroom: chirurgie of corticosteroïdinjectie?

Carpaletunnelsyndroom treft wereldwijd miljoenen mensen en kan het dagelijkse functioneren ernstig belemmeren. Er zijn meerdere behandelopties, zoals het dragen van een spalk, chirurgie of lokale infiltratie met een corticosteroïd. Corticosteroïdinjectie is vaak de startbehandeling bij carpaletunnelsyndroom omdat het in vergelijking met chirurgie als minder invasief en gemakkelijk uit te voeren wordt beschouwd. Maar hoe zit het met de relatieve werkzaamheid van beide behandelingen? De DISTRICTS-studie die in juni 2025 gepubliceerd werd in *The Lancet*, trachtte deze vraag te beantwoorden.

Kernboodschappen

- De DISTRICTS-studie vergeleek de werkzaamheid op lange termijn (18 maanden) van twee startbehandelingen van carpaletunnelsyndroom: chirurgie versus lokale infiltratie met een corticosteroïd (corticosteroïdinjectie). Het gaat om een pragmatische, gerandomiseerde, multicentrische, open studie bij 934 patiënten die sinds minstens 6 weken een matig ernstige vorm van carpaletunnelsyndroom hadden en doorverwezen waren naar een specialist.
- Na 18 maanden was 61% van de patiënten in de chirurgiegroep hersteld (gedefinieerd als een CTS-6-score < 8), tegenover 45% van de patiënten in de corticosteroïdgroep.
- **Conclusie van het BCFI:** chirurgie lijkt een optie als startbehandeling bij patiënten met matig ernstig tot ernstig carpaletunnelsyndroom. Het blijft evenwel een invasieve behandeling. Ook corticosteroïdinjectie en spalkbehandeling blijven behandelopties bij matig ernstige tot ernstige carpaletunnelsyndroom. Er moet eveneens rekening worden gehouden met de voorkeur van de patiënt.

Waarom is deze studie belangrijk?

Het carpaletunnelsyndroom is een vaak voorkomende aandoening die het dagelijkse functioneren ernstig kan belemmeren. Het syndroom komt vaker bij vrouwen voor en kan leiden tot tintelingen, pijn, en gevoelsverlies of zwaktegevoel in de hand.

De behandeling bestaat meestal uit het dragen van een spalk of lokale infiltratie met een corticosteroïd (corticosteroïdinjectie). Maar wat als dadelijk chirurgisch wordt ingegrepen? Hoe werkzaam is startbehandeling met chirurgie in vergelijking met corticosteroïdinjectie dat als minder invasief voor de patiënt wordt beschouwd?

Er waren tot nu toe geen concrete bewijzen dat de ene behandeling beter was dan de andere. Een chirurgische ingreep wordt over het algemeen eenmalig uitgevoerd. Veel artsen kiezen voor corticosteroïdinjecties omdat die snel en eenvoudig kunnen worden toegediend en minder invasief zijn. Anderen verwijzen hun patiënten dan weer meteen door voor een chirurgische ingreep omdat ze van mening zijn dat infiltraties slechts tijdelijk verlichting bieden en chirurgie uitstellen. Met de DISTRICTS-studie wilden de onderzoekers nagaan welke startbehandeling (chirurgie of corticosteroïdinjectie) op lange termijn (18 maanden) de beste kansen op genezing biedt.

Opzet van de studie

De DISTRICTS-studie¹ (*The Lancet*) is een pragmatische, **gerandomiseerde, gecontroleerde, multicentrische en open** (niet geblindeerde) studie. De deelnemers hadden sinds minstens 6 weken een carpaletunnelsyndroom waarvan de diagnose bevestigd was met elektrofysiologische tests of echografie.

Bij aanvang van de studie werden de deelnemers gerandomiseerd naar een groep die een chirurgische ingreep onderging en een groep die een corticosteroïdinjectie kreeg.

Het **primaire eindpunt** was het **aandeel patiënten dat 18 maanden na de randomisatie hersteld was**. De beoordeling gebeurde aan de hand van de resultaten op de CTS-6-vragenlijst (*6-item carpal tunnel symptom scale, score variërend tussen 6 en 30 punten*) die door de patiënten werd ingevuld. Deze vragenlijst meet de ernst van de symptomen van carpaletunnelsyndroom in de afgelopen 2 weken. Herstel werd gedefinieerd als een **score van minder dan 8 punten op de**

CTS-6-vragenlijst. De patiënten moesten deze vragenlijst invullen 6 weken en 3, 6, 9, 12, 15 en 18 maanden na de randomisatie.

Aanvullende behandelingen, zoals een extra corticoïdinjectie of een chirurgische ingreep, waren toegestaan.

Er werden diverse secundaire eindpunten gebruikt om de werkzaamheid te beoordelen. Ongewenste events werden eveneens verzameld.

Resultaten in het kort

- De studie werd uitgevoerd in 31 ziekenhuizen in Nederland. In totaal werden **934 deelnemers** (gemiddelde leeftijd: 58-59 jaar; 58% vrouwen) gerandomiseerd.
- De deelnemers vertoonden sinds minstens 6 weken symptomen van carpaletunnelsyndroom en de gemiddelde CTS-6-score in het begin van de studie was 19 in de chirurgiegroep en 18 in de corticosteroïdgroep. Dat komt overeen met **een matig ernstige vorm** van het syndroom.
- **Primair eindpunt:**
 - **Na 18 maanden** konden er gegevens verzameld worden bij 86% van de deelnemers (vergelijkbaar tussen de twee groepen).
 - **61%** (243/401) van de deelnemers in de chirurgiegroep was hersteld (CTS-6-score < 8), versus **45%** (180/404) in de corticosteroïdgroep: RR 1,36 (95%-BI 1,19-1,56, statistisch significant).
- Zes weken na de randomisatie waren er in de corticosteroïdgroep meer deelnemers hersteld (CTS-6-score < 8) dan in de chirurgiegroep. Na 3 maanden was het aantal deelnemers met een CTS-6-score < 8 echter groter in de chirurgiegroep.
- Bijkomende resultaten over herstel:
 - Bij **57%** (228/401) van de patiënten in de chirurgiegroep versus **13%** (54/404) in de corticosteroïdgroep trad herstel (CTS-6-score < 8) op **zonder** dat ze een aanvullende ingreep of corticosteroïdinjectie nodig hadden.
 - Bij **3%** (11/104) van de patiënten in de corticosteroïdgroep trad herstel (CTS-6-score < 8) op met enkel bijkomende corticosteroïdinjecties.
 - **49%** (228/465) van de patiënten in de corticosteroïdgroep ondergingen tijdens de follow-up chirurgie; en van de 204 patiënten voor wie er gegevens beschikbaar waren, trad bij 115 (**56%**) nadien herstel op.
- **Veiligheid:** 86% van de patiënten in de chirurgiegroep versus 85% van de patiënten in de corticosteroïdgroep hadden een of meerdere ongewenste events, wat dus vergelijkbaar is. Toch waren er verschillen:
 - Pijn in de handpalmen: frequenter in de chirurgiegroep tussen 6 weken en 9 maanden na de interventie, maar daarna waren de percentages vergelijkbaar tussen de twee groepen.
 - Huidproblemen of problemen met de wondheling: bij 14% van de patiënten in de chirurgiegroep versus 7% in de corticosteroïdgroep.
 - Veranderingen in de gevoeligheid van de hand: bij 66% van de patiënten in de chirurgiegroep versus 72% in de corticosteroïdgroep.
 - In de chirurgiegroep is 1 deelnemer in het ziekenhuis opgenomen wegens ongewenste events.

Beperkingen van de studie

- Bias is niet uit te sluiten. De DISTRICTS-studie was een open studie, dus niet geblindeerd. Blindering was niet mogelijk: het is ethisch immers niet aanvaardbaar om een placebo-chirurgie uit te voeren enkel opdat de deelnemers niet zouden weten in welke groep ze terechtgekomen zijn. Deze “open” studie-opzet kan bij de patiënten de perceptie van de symptomen beïnvloeden hebben.
- De vragenlijsten werden door de patiënten zelf ingevuld. Dit kan leiden tot perceptiebias omdat er geen onafhankelijke ondervrager aanwezig was. Aangezien de CTS-6-vragenlijst berust op zelfevaluatie van de symptomen, kan ook recall bias niet worden uitgesloten.
- De voorkeur van de arts en van de patiënt heeft mogelijk de keuze van de startbehandeling beïnvloed.

Deze beperkingen weerspiegelen echter de realiteit in de dagelijkse praktijk.²

Commentaren van het BCFI

- Wat de **DISTRICTS-studie** betreft:
 - De resultaten tonen dat een startbehandeling met chirurgie op lange termijn (in deze studie gedefinieerd als 18 maanden) werkzamer is dan een startbehandeling met corticosteroïdinjectie bij patiënten met een matig ernstige vorm van carpaletunnelsyndroom die doorverwezen werden naar een specialist. Na 18 maanden was het percentage

patiënten bij wie herstel optrad immers hoger in de chirurgiegroep dan in de corticosteroïdgroep (61% vs. 45%). Bijna de helft van de patiënten in de corticosteroïdgroep, onderging uiteindelijk toch een chirurgische ingreep.

- Toch was ongeveer 40% van de patiënten in de chirurgiegroep na 18 maanden niet hersteld, ook al hadden sommigen een extra ingreep ondergaan of corticosteroïdinjecties gekregen.
- De ongewenste events waren globaal gezien vergelijkbaar in beide groepen.
- De studie vertoont beperkingen en een risico op bias, maar de bias weerspiegelt de klinische realiteit.
- Dat de resultaten na 6 weken beter waren in de corticosteroïdgroep is mogelijk te verklaren door het feit dat de patiënten in deze groep dadelijk na randomisatie de injectie kregen, terwijl de patiënten in de chirurgiegroep niet meteen na de randomisatie geopereerd werden (mediane tijd 4 weken). Bovendien verloopt het postoperatieve herstel trager als gevolg van eventuele pijn in de hand en omdat de wond moet genezen.
- Volgens de **NHG-standaard 'Hand- en polsklachten' (M91, 2024)** zijn chirurgie, het dragen van een spalk en corticosteroïdinjecties mogelijke behandelopties bij matig ernstige tot ernstige vormen van carpaletunnelsyndroom. Een spalk kan overwogen worden in afwachting van een geplande ingreep of bij patiënten die de voorkeur geven aan een niet-invasieve behandeling. Het NHG vermeldt dat spalkbehandeling en corticosteroïdinjecties na 6 weken vergelijkbare resultaten geven. In de Folia van maart 2019 wees het BCFI erop dat met corticosteroïdinjecties op korte termijn betere werkzaamheid was aangetoond dan met het dragen van een spalk 's nachts, maar dat beide behandelingen na 6 maanden even werkzaam leken.
- **Conclusie van het BCFI:** chirurgie lijkt een optie als startbehandeling van carpaletunnelsyndroom bij patiënten met een matig ernstige tot ernstige vorm. Het blijft evenwel een invasieve ingreep. Ook de niet-invasieve opties zoals het dragen van een spalk of corticosteroïdinjecties, zijn gedocumenteerde (start)behandelingen van matig ernstige tot ernstige vormen. Bij de keuze van de behandeling moet ook rekening worden gehouden met de voorkeur van de patiënt en de mogelijke gevolgen van een ingreep op het dagelijkse leven (zoals arbeidsongeschiktheid). Als gekozen wordt voor chirurgie, moet ook rekening worden gehouden met de beschikbaarheid van de chirurg en het feit dat het vaak lang duurt voordat patiënten een afspraak krijgen. In afwachting van de ingreep kan eventueel een spalk gedragen worden.

Over welke specialiteiten gaat het?

- Methylprednisolon: Depo-Medrol®, Solu-Medrol® (zie Repertorium)
- Methylprednisolon + lidocaïne: Depo-Medrol + Lidocaine® (zie Repertorium)
- Triamcinolon: Kenacort A® (zie Repertorium)

Bronnen

- 1 Palmbergen, Wijnand A CKuitwaard, Krista et al. Surgery versus corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome (DISTRICTS): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet* 2025; 405: 2153 – 2163 (DOI:10.1016/S0140-6736(25)00368-X).
- 2 Malin Zimmerman, Lars B Dahlin. Comment: New evidence for common practices in carpal tunnel syndrome. *The Lancet* 2025; 405: 2107-2109 (DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00615-4).

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.