



DE AANHOUDENDE EFFECTIVITEIT VAN METHYLPREDNISOLON EN KETOROLAC BIJ ADHESIVE ARACHNOIDITIS (AA)

Toen mijn collega's en ik ongeveer 8 jaar geleden Arachnoiditis Hope oprichtten, was een topprioriteit het vinden van behandelingen die AA-patiënten enige pijnverlichting en comfort boden. Destijds, net als nu, wordt er in medische handboeken geen behandeling voor AA aangeboden en beweren veel artsen nog steeds dat er geen behandeling voor AA bestaat en dat "er niets aan te doen is".

Er ontstond een protocol: Dr. Antonio Aldrete had ons verteld dat intraveneuze methylprednisolon (MP) de pijn en ontsteking van acute AA (bijv. na een epidurale anesthesie) onderdrukte. Hij had dit corticosteroïde niet gebruikt voor ambulante, langdurige behandeling van AA. Gelukkig vertelde een vrouwelijke arts met ernstige AA ons dat ze "zo'n beetje alles" had geprobeerd en dat ketorolac het enige medicijn was dat de AA-pijn verlichtte. In eerste instantie experimenteerden we met eenmalige injecties van MP en ketorolac. Hun pijn werd in bijna alle gevallen een paar uur verlicht. Rond die tijd publiceerden enkele artsen die onderzoek deden naar bijniervuitputting dat lage doses, intermitterende corticosteroïden hun werk konden doen zonder de bijwerkingen van cortisol. Een studie gepubliceerd in het Journal of the American Medical Association stelde dat ketorolac veilig was, tenzij het in hoge doses gedurende meer dan 5 opeenvolgende dagen werd gebruikt. We besloten het voorbeeld van lage doses naltrexon te volgen. Waarom niet lage doses, intermitterende MP en ketorolac? Dit leidde tot het protocol dat nu al meer dan zes jaar standhoudt. Beide medicijnen, 1 tot 3 dagen per week ingenomen in lage doses, is verreweg onze beste behandeling gebleken. Dagen worden overgeslagen, waardoor bijwerkingen zelden voorkomen en de combinatie bij bijna elke patiënt werkt.

Ondersteunende studies: Een wetenschappelijke studie met brandwondenpatiënten combineerde het gebruik van MP en ketorolac en concludeerde dat dit zeer effectief was. Er is ontdekt dat ketorolac de N-methyl-D-aspartaatreceptor (NMDA) in het centrale zenuwstelsel onderdrukt, waardoor het rugpijn verlicht wanneer andere ontstekingsremmers dat niet doen. MP en dexamethason, het alternatieve corticosteroïde, hebben receptoren in het ruggenmerg en kunnen daarom ruggenmergweefsel genezen, terwijl prednison en hydrocortison meestal niet effectief zijn. In een schokkend redactioneel artikel in de Wall Street Journal (3 mei 2023) werd ketorolac aangeprezen als het enige bekende alternatief voor opioïden en werd beweerd dat een flesje tabletten in bijna elke Amerikaanse medicijnkast zou moeten staan!

Oproep voor deelnemers aan het onderzoek: Arachnoiditis Hope verzamelt gegevens en ervaringen van alle AA-patiënten die de combinatie van MP en ketorolac hebben gebruikt. We hebben een dringende, wereldwijde vraag om ervaringen met MP en ketorolac in een onderzoeksrapport te bundelen. We hebben uw hulp nodig. Als u MP en ketorolac heeft gebruikt, stuur ons dan uw naam en e-mailadres zodat we u kunnen betrekken bij dit onderzoek.

Samenvatting: Het intermitterend gebruik van lage doses MP en ketorolac wordt al enkele jaren toegepast en blijft onze beste behandeling met weinig bijwerkingen. Er zijn nieuwe alternatieve protocollen ontwikkeld, maar deze zijn mogelijk niet zo effectief.

Referenties:

1. Strum B, et al. Parenteral ketorolac and risk of gastrointestinal and operative site bleeding. *JAMA* 1996;275:376-387.
2. Stubhaug A, et al. Methylprednisolone and ketorolac rapidly reduce hyperalgesia around a skin burn injury and increase pressure pain thresholds. *Acta Anesth Scan* 2007;54:1138-1144.
3. Sotgiu ML, et al. Central effect of ketorolac involving NMDA receptor activity. *Brain Res* 1998;813:223-226.
4. Takedo, et al. Effect of methylprednisolone on neuropathic pain and spinal glial activation in rats. *Anesth* 2004;700:1249-1257.