

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Campus Sint-Barbara
Medisch Centrum André Dumont
ZOL MAAS EN KEMPEN



Hernia van de lage rug

10 antwoorden

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara

Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont

Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 80 80 80
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel. +32(0)89 50 50 50
info@zol.be

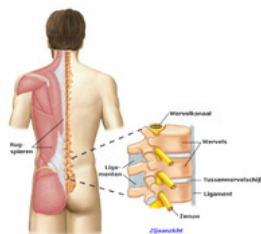
Beste patiënt,
Deze brochure geeft u meer informatie over lage rughernia en beenpijn en tracht op een aantal veel gestelde vragen antwoord te geven.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. Uw behandelende geneesheer en de verpleegkundigen zijn steeds bereid om op al uw vragen te antwoorden.

INHOUDSTAFEL

1. Wat is een hernia?
 2. Risicofactoren voor het ontstaan van een hernia
 3. Geeft een hernia altijd pijnklachten?
 4. Komt een hernia alleen in de lage rug voor?
 5. Welke klachten kunnen optreden bij een hernia?
 6. Is beeldvorming bij uitstralende pijnklachten nodig?
 7. Hoe wordt beenpijn behandeld?
 8. Wanneer kan ik me laten opereren?
 9. Wat zijn de toekomstperspectieven bij een hernia?
 10. Wat zijn de alarmsignalen bij een hernia?
- Tips

10 antwoorden over lage rughernia en beenpijn (lumbosacraal radiculair syndroom)



1. Wat is een hernia?

Onze wervelkolom/rug bestaat uit een opeenstapeling van been-derige wervels. Tussen twee wervels zit telkens een elastische tussenwervelschijf. Deze werkt als schokdemper en maakt beweging van de wervelkolom mogelijk. De wervelkolom geeft bovendien bescherming voor het **ruggenmerg** en de vertrekkende **zenuwwortels** in de lagerug die naar de benen lopen.

Een hernia betekent letterlijk een '**uitstulping**', in dit geval van een tussenwervelschijf. In de lagerug kan zo'n uitstulping een ontsteking veroorzaken en/of druk geven tegen één of meerdere zenuwwortels. Dit kan aanleiding geven tot pijnuitstraling, tintelingen, verminderd gevoel en/of spierzwakte.

2. Risicofactoren voor het ontstaan van een hernia

Een hernia of uitstulping van de tussenwervelschijf is meestal een traag slijtageproces maar kan ook plots ontstaan. Een erfelijke aanleg, een grote lichaamslengte, zware lichamelijke arbeid (frequent buigen, tillen, draaien) maar ook stress, roken en langdurig zitten zijn factoren die hierin meespelen.

3. Geeft een hernia altijd pijnklachten?

Nee. Waarschijnlijk heeft 20% tot zelfs 76% van alle volwassenen een lage rughernia **zonder** dat zij **klachten** ervaren. Wellicht ontstaan uitstralende pijnklachten pas wanneer een hernia een **ontstekingsreactie** veroorzaakt van een nabijgelegen zenuwwortel.

4. Komt een hernia alleen in de lagerug voor?

Nee. Een hernia kan op **elke plaats in de wervelkolom** optreden, maar de meeste hernia's komen in de lage rug voor omdat dat deel het zwaarst belast wordt.

5. Welke klachten kunnen optreden bij een hernia?

De bekendste symptomen zijn **rugpijn** en **uitstralende pijn in bil of been**, die gepaard kan gaan met een ander gevoel (tintelingen, voosheid), krachtverlies en/of vermindering van reflexen. Niezen, hoesten en persen kunnen de pijn verergeren. Typisch voor een lage rughernia is **scherpe pijn in één voet**, die het pad van de betrokken zenuw volgt. Soms is er wel pijn in het onderbeen en de voet, maar minder of geen pijn in de rug.

6. Is beeldvorming bij uitstralende pijnklachten nodig?

Nee. Indien de klachten relatief beperkt zijn en er zijn geen alarmsignalen dan is beeldvorming door een **MRI of CT-scan niet nodig**, omdat het geen invloed heeft op

de behandeling. Alleen wanneer u uitzonderlijk veel klachten heeft, alarmsignalen vertoont of een epidurale corticosteroïdeninspuiting of rugoperatie overweegt, is aanvullend onderzoek nodig.

7. Hoe wordt beenpijn behandeld?

75% van de patiënten **herstelt spontaan** binnen 3 maanden. Daarom heeft een *conservatieve behandeling* van pijnmedicatie, ontstekingsremmers en blijven bewegen de voorkeur. Indien de beenpijn spontaan vermindert of niet te fel is mag u fysiotherapie/kinesithérapie proberen. Als de uitstralende pijnklachten na 6 tot 8 weken duidelijk verbeterd zijn, is het verstandig dit beleid voort te zetten.

8. Wanneer kan ik me laten opereren?

Bij **alarmsignalen, onhoudbare pijn**, of als uw klachten **na circa 6 tot 12 weken** onvoldoende zijn afgenomen, is een operatie om de uitstulping weg te nemen te overwegen. Op **kortetermijn** bevordert een operatie het herstel en zullen de beenpijn en

spierkracht sneller verbeteren. Op **langetermijn** geeft een operatie echter **geen garantie op betere resultaten** dan gewoon afwachten en het nemen van pijnmedicatie, fysiotherapie... Bovendien kunt u na een operatie nog steeds last hebben van verminderde spierkracht of een doof gevoel. De aanwezigheid van **alleen of voornamelijk rugpijn** is geen goede indicatie voor een operatie.

9. Wat zijn de toekomstperspectieven bij een hernia?

Meestal geneest een hernia spontaan; bij een controle MRI of CT-scan na bijvoorbeeld een jaar kan deze verdwenen zijn. Toch houden veel patiënten in wisselende mate rugklachten. De beenpijn verdwijnt vaak, maar eventuele gevoelsstoornissen, reflexverschillen en krachtverlies kunnen geruime tijd tot zelfs levenslang aanwezig blijven, zowel na een conservatieve behandeling (medicatie, fysiotherapie,..) als na een rugoperatie.

Corticosteroïdeninspuiting

Bij hevige beenpijn en als pijnstillers onvoldoende helpen, kan een epidurale inspuiting met corticosteroïden de pijn sneller verminderen. Vooral de eerste maanden na het begin van de klachten zal zo'n injectie effectief zijn. Het pijnstillend effect van de behandeling kan tot 3 maanden duren.

10. Wat zijn de alarmsignalen bij een hernia?

De meest voorkomende alarmsignalen zijn: toenemend of ernstig plots krachtverlies (vb. klapvoet) en het cauda equinasyndroom.

Bij een **klapvoet** is het onmogelijk om de voet, die slap naar beneden hangt, nog tegen de zwaartekracht omhoog te heffen. Dit kan gepaard gaan met zeer hevige pijn, maar is soms volledig pijnloos. Het is dus belangrijk om regelmatig eventuele spierzwakte te evalueren door teen- en hielstand te testen.

Het **cauda equinasyndroom** ontstaat door druk op meerdere zenuwen of het onderste deel van het ruggenmerg. Dit geeft meestal pijn in beide benen met globaal krachtsverlies in de benen, zadelanesthesie (afwezig gevoel perineaal, waar het fietszadel is) en moeilijkheden met stoelgang/urine ophouden, erectieproblemen.

Ervaart u plots één of meerdere van bovengenoemde verschijnselen, neem dan zo snel mogelijk contact op met uw huisarts, specialist of de dienst Spoedgevallen van het ziekenhuis. Een spoedoperatie kan nodig zijn.

11. Tips

Pijnmedicatie is het meest effectief wanneer ze met een vaste regelmaat wordt ingenomen. Daarnaast moet u in beweging blijven. Overdag regelmatig uw houding wisselen (zitten, rondlopen) is meestal het beste om de pijn te verlichten. Probeer uw dagelijkse activiteiten (thuis en werk) daarom vol te houden.

Bij **hevige, continue uitstralingspijn** in het been kan u tussendoor even op uw rug gaan liggen en een stapel **kussens onder uw onderbenen** plaatsen zodat heup en knie gebogen zijn.

Door alleen te rusten zult u echter niet sneller genezen. Indien u moeite hebt om te bewegen met de pijn, overleg dit dan met uw behandelend arts. **Aanvullende begeleiding** (kinesithérapie, multidisciplinaire rugrevalidatieprogramma's) kan u daarbij helpen.

Deze brochure kwam tot stand door:
Belgian Pain Society
Nederlandse Vereniging Anesthesie,
sectie Pijnbestrijding
Vlaamse Anesthesiologische Vereniging
voor Pijnbestrijding
World Institute of Pain, sectie Benelux

I.s.m.
Neurochirurgie ZOL
Revalidatie ZOL
Spoedgevallen ZOL
Pijncentrum ZOL



Referenties

Abdelilah el Barzouhi et al, Magnetic Resonance Imaging in Follow-up Assessment of Sciatica, N Engl J Med, March 14, 2013

Chou R, Hashimoto R, Friedly J, Fu R, Bougatsos C, Dana T, et al. Epidural Corticosteroid Injections for Radiculopathy and Spinal Stenosis: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. 2015;163:373-381.

Cohen SP, Bicket MC, Jamison D, Wilkinson I, Rathmell JP. Epidural steroids: a comprehensive, evidence-based review. Reg Anesth Pain Med. 2013 May-Jun;38(3):175-200
Deyo RA, Mirza SK. Clinical practice. Herniated Lumbar Intervertebral Disk. N Engl J Med. 2016 May 5;374(18):1763-72
NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom 2015
Low Back Pain and Sciatica. National Clinical Guideline Centre 2016

Overdevest GM, Vleggeert-Lankamp CL, Jacobs WC, Brand R, Koes BW, Peul WC; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Recovery of motor deficit accompanying sciatica--subgroup analysis of a randomized controlled trial. Spine J. 2014 Sep 1;24(9):1817-24.
Peul WC et al, Surgery versus Prolonged Conservative Treatment for Sciatica, N Engl J MED, 2007; 356: 2245-56.
Ropper H. et al. Sciatica. New Engl J of Med 2015;372:1240-8

Tubach F, Beaute J, Leclerc A. Natural history and prognostic indicators of sciatica. J Clin Epidemiol 2004;57:174-9.



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be