



PATIËNTENINFO

10 antwoorden over lage rughernia

PIJNCENTRUM



**MARIA
MIDDELARES**

Gezondheids**Zorg** met een Ziel

INHOUD

1. Wat is een hernia?.....	6
2. Wat zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van een hernia.....	8
3. Komt een hernia alleen in de lage rug voor?.....	8
4. Welke klachten kunnen optreden?	8
5. Geeft een hernia altijd pijnklachten?.....	8
6. Hoe wordt een hernia behandeld?.....	9
7. Hoe groot is de kans op een operatie.....	9
8. Is het nodig om een hernia te bevestigen met beeldvorming?.....	10
9. Wat zijn de alarmsignalen?.....	10
10. Wat zijn de toekomstperspectieven?.....	12

CONTACTGEGEVENS

Adresgegevens

AZ Maria Middelaes
Secretariaat pijncentrum
Buitenring Sint-Denijs 30
9000 Gent

Telefoon

Secretariaat: 09 246 17 50

VOORWOORD

Beste patiënt

Deze brochure geeft een antwoord op de **10 meest gestelde vragen over lage rughernia**.

Mocht je na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. De behandelende arts en de verpleegkundigen zijn steeds bereid je vragen te beantwoorden.

Dr. Frederic Castille

Dr. Veronique Decaigny

Dr. Pieter Vander Cruyssen

1. Wat is een **hernia**?

De wervelkolom bestaat uit gestapelde wervels. Tussen twee wervels zit een elastische tussenwervelschijf die schokken opvangt en zorgt dat de wervels ten opzichte van elkaar kunnen bewegen. Verticaal door de wervels en tussenwervels heen loopt het wervelkanaal, waarin zich het **ruggenmerg** bevindt. Het ruggenmerg vertakt zich tussen elke twee wervels in **zenuwwortels** die het lichaam in gaan, waardoor deze zenuwwortels zich vlak bij de tussenwervelschijf bevinden.

Een hernia is een **uitstulping van een tussenwervelschijf**, veroorzaakt door een daling van het vochtgehalte en de elasticiteit van de tussenwervelschijf. In de lage rug kan zo'n uitstulping een ontsteking veroorzaken en/of druk geven tegen een of meerdere **zenuwwortels** waardoor pijn ontstaat.





Wervelkanaal

Wervel

Tussenwervelschijf

Zenuw

2. Wat zijn **risicofactoren** voor het ontwikkelen van een hernia?

Een erfelijke aanleg, een grote lichaamslengte, zwaar lichamelijk werk (vooral gecombineerd met frequent vooroverbuigen en draaien van de wervelkolom), stress, roken en meerdere dagen per week meer dan twee uur autorijden, verhogen het risico op klachten door een hernia.

3. Komt een hernia alleen in de lage rug 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.

4. Welke **klachten** kunnen optreden?

De bekendste symptomen zijn **rugpijn** en **uitstralende pijn in bil of been** die gepaard kan gaan met een doof gevoel (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 been**, 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.

5. Geeft een hernia **altijd pijnklachten**?

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

6. Hoe wordt een hernia **behandeld**?

75% van de patiënten **herstelt spontaan** binnen drie 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 je fysiotherapie/kinesithérapie proberen. Als de uitstralende pijnklachten na zes tot acht weken duidelijk verbeterd zijn, is het verstandig het conservatieve beleid voort te zetten.

Corticosteroiden injectie

Bij **hevige beenpijn** en als pijnstillers onvoldoende helpen, kan een epidurale infiltratie met corticosteroiden de pijn sneller verminderen. Vooral de eerste maanden zal zo'n injectie effectief zijn.

Operatie

Bij **onhoudbare pijn**, of als uw klachten **na circa twaalf weken** onvoldoende zijn afgenomen, is een operatie om de uitstulping weg te nemen te overwegen. Op de korte termijn bevordert een operatie het herstel en zullen de beenpijn en spierkracht sneller verbeteren. Op de lange termijn geeft een operatie echter **geen garantie op betere resultaten** dan verder afwachten en het nemen van pijnmedicatie, fysiotherapie ... Bovendien kan je na een operatie nog steeds last hebben van verminderde spierkracht of een doof gevoel.

7. Hoe groot is de kans op een **operatie**?

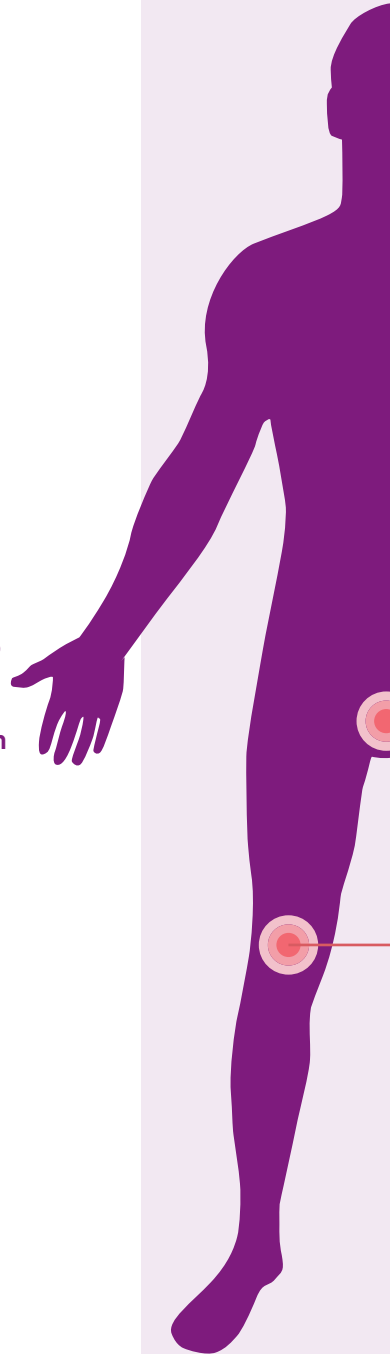
Patiënten die een **hevige pijn in het been** ervaren, hebben een grotere kans op een chirurgische ingreep. De aanwezigheid van **alleen of voornamelijk rugpijn** is geen goede indicatie voor een operatie.

8. Is het nodig om een hernia te bevestigen met **beeldvorming**?

Nee. Indien de klachten relatief beperkt zijn en er geen alarmsignalen zijn, dan is beeldvorming door een **MRI** of **CT-scan** niet nodig, omdat het geen invloed heeft op de behandeling. Alleen wanneer je **uitzonderlijk veel klachten** hebt, alarmsignalen vertoont of een epidurale corticosteroïden injectie of rugoperatie krijgt, is aanvullend onderzoek nodig.

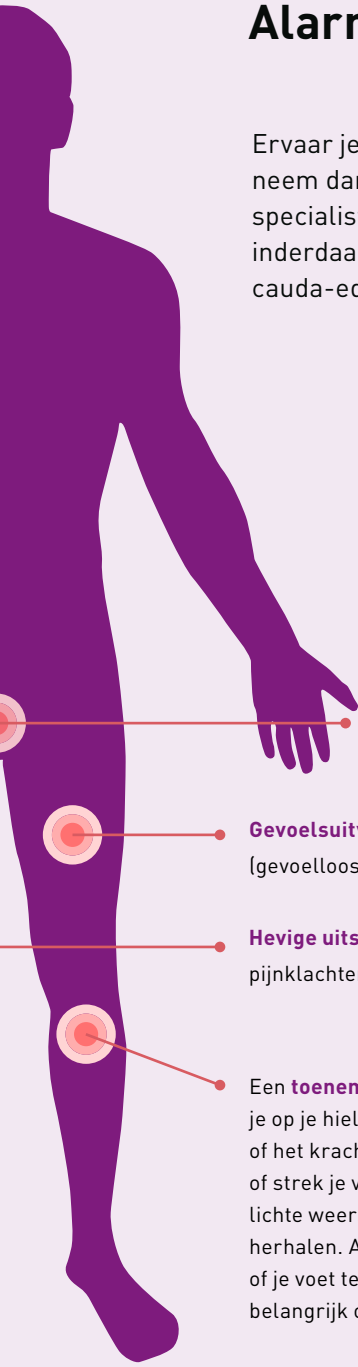
9. Wat zijn de alarmsignalen?

Een hernia kan **toenemende uitvalsverschijnselen** geven door druk op een zenuw, **of in zeldzame gevallen op meerdere zenuwwortels**. Dit zogenaamde cauda-equinasyndroom komt voor bij **maximaal 3%** van de patiënten met een lage rughernia.



Alarmsignalen cauda-equinasyndroom

Ervaar je een of meerdere van onderstaande verschijnselen, neem dan zo snel mogelijk contact op met je huisarts, specialist, of de spoedafdeling van het ziekenhuis. Als er inderdaad sprake is van een toenemend krachtsverlies of een cauda-equinasyndroom, is een spoedoperatie noodzakelijk.



Moeilijk kunnen **urineren** of incontinentie, erectieproblemen en/of ontlastingsincontinentie.

Gevoelsuitval van meerdere zenuwen (gevoelloosheid in het 'rijbroekgebied').

Hevige uitstralende beenpijn (eezijdig of aan beide kanten), maar let op, pijnklachten kunnen in de beginfase afwezig zijn.

Een **toenemend of ernstig krachtsverlies in de benen**, merkbaar wanneer je op je hielen of op de toppen van je voeten staat. Je kan als volgt bevestigen of het krachtsverlies ernstig is: ga op je rug liggen en trek je tenen op of strek je voet. Als je hierin slaagt, vraag dan iemand om met de hand lichte weerstand te bieden tegen je voet terwijl je de beweging probeert te herhalen. Als je er met lichte weerstand niet in slaagt je tenen op te trekken of je voet te strekken, dan is er sprake van ernstig krachtsverlies. Het is dus belangrijk om regelmatig eventuele spierzwakte te evalueren.

10. Wat zijn de toekomstperspectieven?

Meestal geneest een hernia spontaan. 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 als na een rugoperatie.

TIP

Overdag regelmatig je houding wisselen is meestal het beste om de pijn te verminderen (bv. afwisselend zitten, rondlopen, bewegen ...). Probeer bij hevige, continue uitstralingspijn in het been op je rug te gaan liggen en een stapel kussens onder je onderbenen te plaatsen, zodat heup en knieën gebogen zijn.

TIP

Pijnmedicatie is het effectiefst wanneer ze met vaste regelmaat wordt ingenomen. Daarnaast moet je gedoseerd blijven bewegen. Louter rusten zal je niet sneller genezen en kan er zelf voor zorgen dat je langer rugproblemen hebt.

Referenties

- Ropper H. et al. Sciatica. *New Engl J of Med* 2015;372:1240-8
- Bicket MC, Horowitz JM, Benzoni HT, Cohen SP Epidural injections in prevention of surgery for spinal pain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials *Spine J.* 2015 Feb 1;15(2):348-62.
- NHS England National Pathfinder Projects 2014
- Overvest 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;14(9):1817-24.
- 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.
- 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.
- Tubach F, Beaute J, Leclerc A. Natural history and prognostic indicators of sciatica. *J Clin Epidemiol* 2004;57:174-9.
- Peul WC et al, Surgery versus Prolonged Conservative Treatment for Sciatica, *N Engl J MED*, 2007; 356: 2245-56.
- NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom 2015
- Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002;137:586-97.
- Vroomen PCAJ, de Krom MCTF, Knottnerus JA. Predicting the outcome of sciatica at short-term follow-up. *Br J Gen Pract* 2002b;52:119-23.

Bron: 10 antwoorden over lage rughernia, (lumbosacraal radiculair syndroom), WIP Benelux.

AZ Maria Middelaes heeft deze informatiefolder met de grootste zorg opgemaakt. De inhoud ervan is echter algemeen en indicatief. De folder omvat niet alle medische aspecten. Hij vervangt geenszins het artsconsult. Mocht deze folder vergissingen, tekortkomingen of onvolledigheden bevatten dan zijn AZ Maria Middelaes, personeel en artsen hiervoor niet aansprakelijk.

SAP 17706 januari 2019



Volg ons ook op:



Buitering Sint-Denijs 30 – 9000 Gent

Tel.: 09 246 46 46 - Fax: 09 246 96 59 – info@azmmsj.be – www.mariamiddelares.be