

Pijncentrum

Lage rughernia in 10 vragen







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. Er is ook een holte voorzien die, als de wervels op elkaar gestapeld zijn, het wervelkanaal vormt en 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 betekent letterlijk een "uitstulping", in dit geval van een tussenwervelschijf. Deze wordt veroorzaakt door een daling van het vochtgehalte en de elasticiteit van deze tussenwervelschijf. In de lage rug kan zo'n uitstulping een ontsteking veroorzaken en/of druk geven tegen één of meerdere zenuwwortels, waardoor pijn ontstaat.



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. 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.



4. 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.



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

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 je uitzonderlijk veel klachten hebt, alarmsignalen vertoont of een epidurale corticosteroïden inspuiting of rugoperatie overweegt, is aanvullend onderzoek nodig.



6. 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 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.



7. 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.



8. Hoe wordt beenpijn eerst aangepakt?

75% van de patiënten herstelt spontaan binnen 3 maanden. Daarom geniet 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 6 tot 8 weken duidelijk verbeterd zijn, is het verstandig deze behandeling voort te zetten.

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.



9. Wanneer kan ik me laten opereren?

Bij onhoudbare pijn, of als jouw klachten na circa 6 tot 12 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 gewoon afwachten en het nemen van pijnmedicatie, fysiotherapie ... Bovendien kan je 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.





10. Wat zijn de alarmsignalen bij een hernia?

Een hernia kan een toenemend of ernstig krachtsverlies geven door druk op 1 zenuw of - in zeldzame gevallen - op meerdere zenuwwortels. Dit zogenaamde cauda-equinasyndroom komt voor bij maximaal 3% van de patiënten met een lage rughernia.

De alarmsignalen van cauda-equinasyndroom zijn:

- Een toenemend of ernstig krachtsverlies in de benen, merkbaar doordat de voorvoet niet goed meer kan worden opgetild, waarbij de voet vaak hoorbaar ploft op de grond (vandaar de term klapvoet of dropvoet). Je kan controleren of het krachtsverlies ernstig is door op jouw rug te liggen, jouw tenen op te trekken en jouw voet te strekken. Als je hierin slaagt, vraag dan iemand om met de hand lichte weerstand te bieden tegen jouw voet, terwijl je deze beweging probeert te herhalen. Als je er met lichte weerstand niet in slaagt jouw tenen op te trekken of jouw voet te strekken ... dan is er sprake van ernstig krachtsverlies. Het is dus belangrijk om regelmatig eventuele spierzwakte te evalueren
- Hevige uitstralende beenpijn (eenzijdig of aan beide kanten), maar let op: pijnklachten kunnen in de beginfase afwezig zijn

- Gevoelsuitval van meerdere zenuwen (gevoelloosheid in het 'rijbroekgebied')
- Moeilijkheden met urineren of stoelgang/urine ophouden, erectieproblemen.

Ervaar je plots één of meerdere van bovengenoemde verschijnselen, neem dan zo snel mogelijk contact op met jouw huisarts, specialist of de dienst spoedgevallen van AZ Rivierenland. Als er inderdaad sprake is van deze alarmsignalen, dan is een spoedoperatie noodzakelijk.

Tips

Pijnmedicatie is het meest effectief wanneer ze met vaste regelmaat wordt ingenomen. Daarnaast moet je gedoseerd blijven bewegen. Overdag regelmatig jouw houding wisselen is vaak het beste om de pijn te verminderen (bv. afwisselend zitten, rondlopen, bewegen, ...). Probeer jouw dagelijkse activiteiten daarom vol te houden.

Probeer bij hevige, continue uitstralingspijn in het been op de rug te gaan liggen en een stapel kussens onder de onderbenen te plaatsen, zodat heup en knieën gebogen zijn. Door alleen te rusten zal je niet sneller genezen, maar juist langer rugproblemen ondervinden.

Ben je angstig om te bewegen, overleg dit dan met jouw behandelend arts. Meestal is dan aangepast fysiotherapie nodig.

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;14(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.



Contact

Voor vragen kan je steeds contact opnemen met het multidisciplinair pijncentrum van AZ Rivierenland op het nummer 03 890 59 23.

TEAM

Dr. E. Baten | Dr. C. Cools
Dr. R. Lapré | Dr. F. Raps

CAMPUS BORNEM

Kasteelstraat 23 | 2880 Bornem
03 890 16 11

CAMPUS WILLEBROEK

Tisseltsesteenweg 27 | 2830 Willebroek
03 890 16 11

ref.: 50006163

versie: 09/02/2021

foto's & illustraties: Adobe stock

eigenaar: Leen Groes, pijnverpleegkundige campus Bornem

v.u.: Sofie Vermeulen, communicatieverantwoordelijke

Maatschappelijke zetel:

vzw AZ Rivierenland | 's Herenbaan 172 | 2840 Rumst

RPR 0416 851 659 | Erkenningsnummer 104 | Bevoegde rechtbank: Antwerpen

www.azrivierenland.be | info@azr.be

