

---

# 10 antwoorden over lage rughernia

---

(lumbosacraal radiculair syndroom)

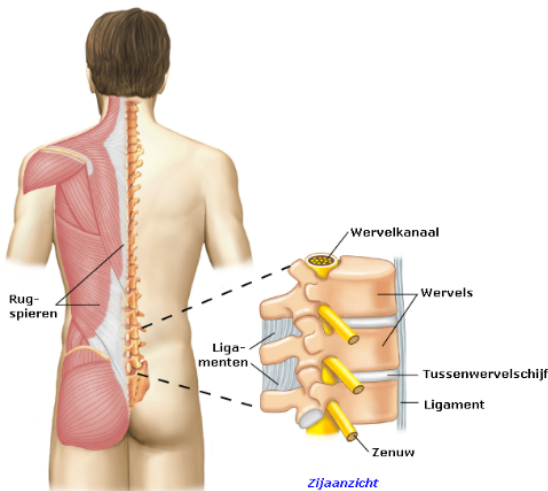
---



**Belgian Pain Society**  
**Nederlandse Vereniging Anesthesie, sectie pijnbestrijding**  
**Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijding**  
**World Institute of Pain , sectie Benelux**

## 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**, wat veroorzaakt wordt 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 2 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 u **uitzonderlijk veel klachten** heeft, alarmsignalen vertoont of een epidurale corticosteroiden

---

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 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/kinesithherapie proberen. Als de uitstralende pijnklachten na 6 tot 8 weken duidelijk verbeterd zijn, is het verstandig dit beleid voort te zetten.

#### *Corticosteroiden inspuiting*

Bij **hevige beenpijn** en als pijnstillers onvoldoende helpen, kan een epidurale inspuiting met corticosteroiden 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 uw 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 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.

## **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). U kunt als volgt bevestigen of het *krachtsverlies ernstig* is: ga op uw rug liggen en trek uw tenen op en strek uw voet. Als u hierin slaagt, vraag dan iemand om met de hand lichte weerstand te bieden tegen uw voet terwijl u de beweging probeert te herhalen. Als u er met lichte weerstand niet in slaagt uw tenen op te trekken of uw 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.*

Ervaart u plots één of meerdere van bovengenoemde verschijnselen, neem dan zo **snel mogelijk contact** op met uw huisarts, specialist, of de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis. Als er inderdaad sprake is van deze alarmsignalen, dan is een spoedoperatie noodzakelijk.

---

### TIP

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

### TIP

Probeer bij hevige, continue uitstralingspijn in het been op uw rug te gaan liggen en een stapel kussens onder uw onderbenen te plaatsen, zodat heup en knieën gebogen zijn. Door alleen te rusten zult u niet sneller genezen maar integendeel langer rugproblemen houden. Indien u angst heeft om te bewegen, overleg dit dan met uw 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.