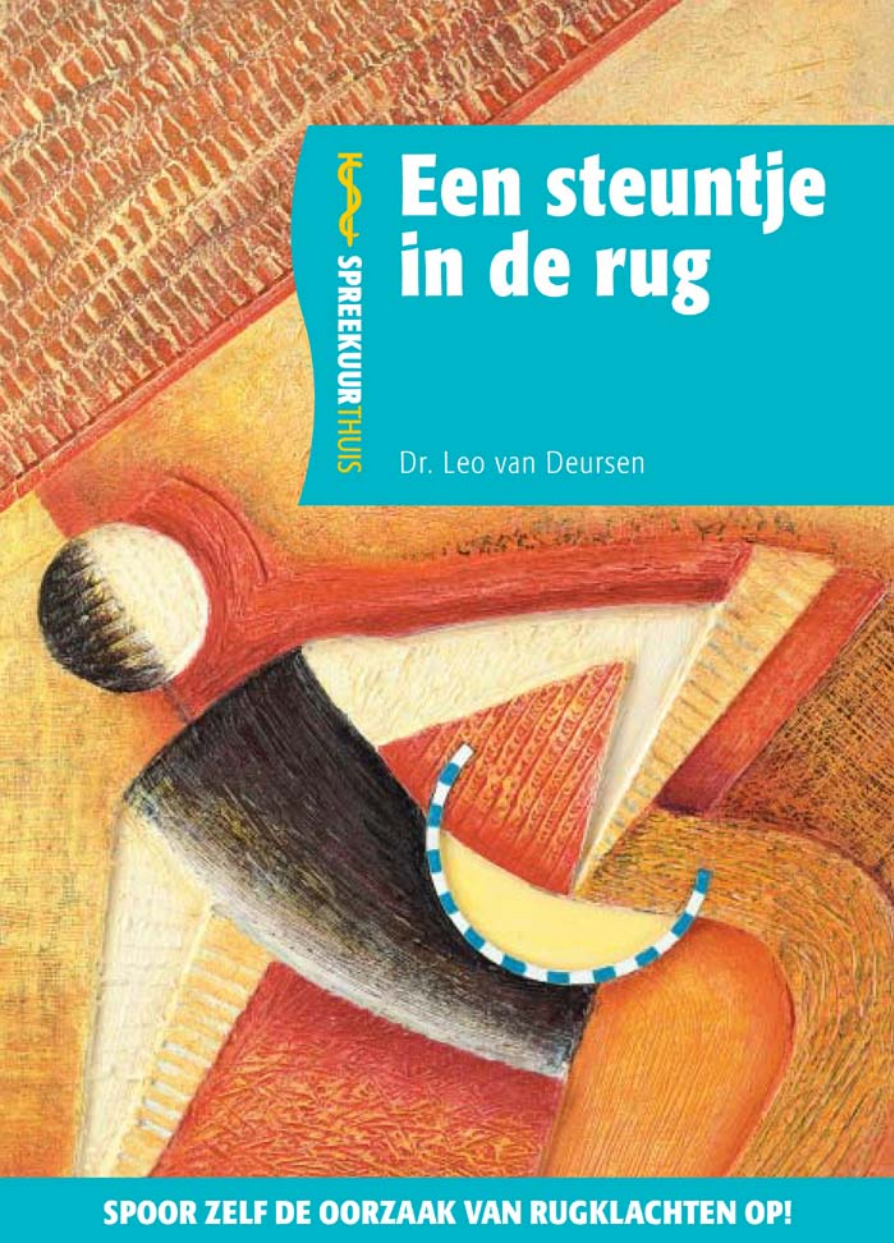




H SPEEKURTHUIS

Een steuntje in de rug

Dr. Leo van Deursen

SPOOR ZELF DE OORZAAK VAN RUGKLACHTEN OP!

Een steuntje in de rug

Deze bladzijde is met opzet leeg gelaten

Een steuntje in de rug

SPOOR ZELF DE OORZAAK VAN
RUGKLACHTEN OP

Dr. Leo van Deursen



Inhoud

Inleiding	7
Lage rugpijn	9
Mogelijke oorzaken van lage rugklachten	15
Diagnostiek	19
Zelfdiagnose: vragen stellen	21
Zelfdiagnose: antwoorden	27
Diagnose: de anamnese van lage rugklachten	37
Onderzoek van de rug	43
Indeling van mogelijk structurele oorzaken	45
Houding	103
Behandeling	111
NVVR	117
Gebruikte termen	119
Register	121



Inleiding

Van alle gezondheidsklachten komt rugpijn, na hoofdpijn, het meest voor. Zeker tachtig procent van de mensen zal één of meer keer in zijn leven last hebben van lage rugklachten en de meeste kans op rugklachten heeft hij die ooit eerder rugklachten gehad heeft. Let wel, één op de vijf Nederlanders heeft nú last van zijn rug! Nederland telt dan ook heel wat ervaringsdeskundigen. Bij mensen jonger dan 45 jaar vormen rugklachten zelfs de meest voorkomende reden tot ziekteverzuim. De totale directe en indirecte kosten van nek- en rugklachten in Nederland worden door het RIVM berekend op 7,6 miljard euro (Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.14.1, 2008). Allan en Waddell (1989) concludeerden dat mensen altijd al rugklachten gehad hebben en dat deze klachten niet afgenomen, noch toegenomen zijn.

De oorzaken voor het krijgen van rugklachten zijn talrijk, maar specifieke oorzaken treffen we slechts in 5-10% van alle gevallen aan (NHG Standaard 2005). Dat wil zeggen dat maar liefst 90-95% van alle rugklachten géén duidelijke diagnose heeft en op grond van diagnostisch onderzoek niet in te delen is. Onderzoek heeft tot nu toe dus niet kunnen bepalen welke anatomische structuur de aanleiding tot de klachten vormt in deze gevallen. Op basis van deze twee typen rugklachten, spreken we van specifieke en aspecifieke rugklachten.

In de loop van de tijd is de behandeling van rugklachten veranderd. In plaats van bedrust zal de huisarts zo nodig medicijnen tegen pijn, ontsteking of spierspanning verstrekken en kan hij zeer kortdurend bedrust adviseren. Maar de klemtoon ligt toch op geruststelling en het stimuleren om in beweging te blijven en zo mogelijk te blijven werken. Immers, het is niet bewezen dat dit slecht of niet verantwoord zou zijn en er zijn aanwijzingen dat het zelfs goed zou zijn.



Lage rugpijn

Als we pijn voelen, is er iets mis in het lichaam. Maar pijn is ‘slechts’ een signaal dat gewoonlijk wordt veroorzaakt door ziekte, gebrek of verwonding. Dat zou ook voor rugpijn kunnen opgaan, maar in de praktijk blijkt dat maar ten dele het geval. Waar de acute lage rugklachten wellicht zijn terug te voeren op een duidelijk aanwijsbare oorzaak, geldt dit minder duidelijk voor de chronische rugklachten. Concreet betekent dit dus dat we bij 90 - 95% van alle mensen met rugpijn, niet goed kunnen achterhalen waar die pijn vandaan komt.

Bij de acute lage rugklachten kan de pijn talrijke oorzaken hebben. Mogelijk worden ze het best samengevat in het *biopsychosociale* model van Waddell (1987), waarin hij behalve aan fysieke oorzaken ook aan biologische en sociale factoren een plaats toekent.

Indeling

Lage rugklachten worden gewoonlijk ingedeeld in ‘specifiek’ en ‘aspecifiek’, wat dus wil zeggen: rugklachten mét of zónder een duidelijk aanwijsbare oorzaak. Onder de ‘specifieke’ rugklachten vallen rugklachten als gevolg van zenuwuitval, reumatische aandoeningen, tumoren en uitzaaiingen, maar ook rugklachten door botontkalking, en rugklachten die het gevolg zijn van inwendige ziekten en forse houdingsafwijkingen.

Als er geen duidelijke oorzaak kan worden aangegeven, is het ook moeilijk om de klachten ‘op maat’ te behandelen. Vandaar dat er nationale en internationale richtlijnen zijn opgesteld die ervoor zorgen dat deze niet ingedeelde rugklachten kunnen worden behandeld op basis van bewezen resultaten. We spreken dan over ‘evidence based medicine’. Ook Nederlandse onderzoekers als Koes en van Tulder (1995; 2004) spelen hierbij een belangrijke rol.

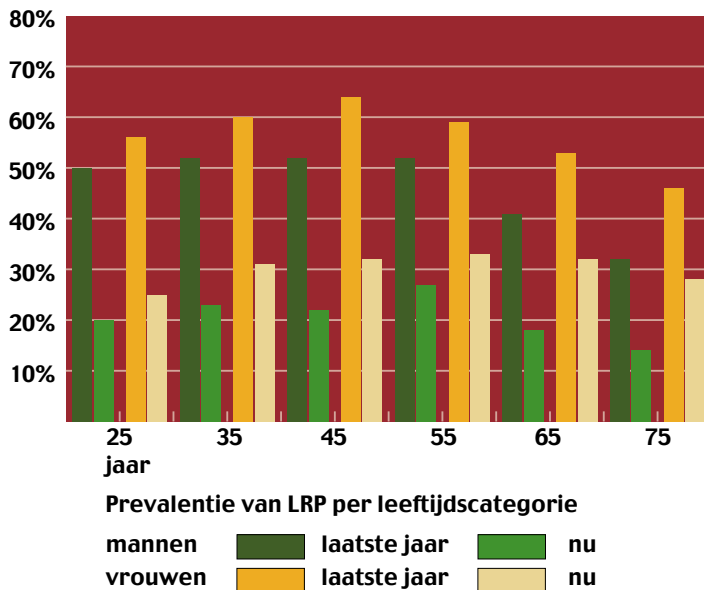
Rugklachten worden verder vaak ingedeeld naar de tijdsduur dat ze bestaan. Acute lage rugklachten zijn rugklachten die korter dan zes weken aanhouden. Subacuut worden ze genoemd als ze zes tot twaalf weken bestaan, en rugklachten die langer dan drie maanden duren, noemen we chronisch. Van de 16- tot 45-jarigen noemt 3-5% hun rugklachten chronisch en dit aantal bedraagt 11-12% van de 45- tot 64-jarigen. Bij de 65- tot 84-jarigen is dit percentage 10%. Figuur 1 laat zien dat bij vrijwel alle leeftijds-categorieën 20% van de mannen en 30% van de vrouwen nú last heeft van rugklachten.

wel of geen duidelijke oorzaak

Figuur 1: Prevalentie van LRP per leeftijdscategorie. Prevalentie is: 'het vóórkomen op enig moment gemeten'.

Hier bijvoorbeeld: het vóórkomen op 25-jarige leeftijd, respectievelijk 35, enzovoort.

Bron: *Reuma & Trauma* 1992; H.C.M. Haanen: *De epidemiologie van rugpijn*.



veranderde inzichten

Bedrust versus beweging

Tot de jaren zeventig was bedrust de gebruikelijke therapie voor lage rugklachten, maar dat werd bijgesteld omdat niet bewezen kon worden dat bedrust langer dan twee dagen een positief effect had. Bedrust langer dan twee dagen wordt tegenwoordig dan ook ontraden. In de nationale en internationale richtlijnen adviseert men patiënten met klem om hun normale activiteiten, inclusief dagelijks werk, zo snel mogelijk te hervatten, zij het mét de aantekening: 'voor zover de pijn dit toelaat'. De dagelijkse praktijk is echter nog steeds erg terughoudend ten aanzien van lichamelijke activiteiten en werk (Rainville et al. 2000). Liever lijkt men het oude adagium te volgen: 'Laat u leiden door de pijn', gewend als men nog is aan de veronderstelling dat belasting van de rug de belangrijkste risicofactor is.

Richtlijn voor huisartsen

Bij de behandeling van lage rugklachten zullen huisartsen zich houden aan de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze richtlijnen zijn vooral gebaseerd op de eerder genoemde 'evidence based medicine', behandeling op basis van bewezen resultaat. Dit biedt als voordeel dat men géénodeloze of niet-bewezen middelen inzet om de klachten te behandelen. Het nadeel is dat soms géén middelen ingezet kunnen worden, omdat er voor de klachten geen bewezen therapie bestaat. De behandeling volgens de richtlijnen houdt in, dat de huisarts

geruststelling en stimuleren van beweging

allereerst zal proberen na te gaan of de klachten wél of niet berusten op specifieke oorzaken. Zoals hiervoor al aangegeven, vallen slechts 5-10% van alle rugklachten hieronder. Gelukkig betreft dit vooral de meer ernstige rugklachten. Zijn specifieke rugklachten uitgesloten, dan raden de richtlijnen aan om geen verdere behandelingen te adviseren. Zo nodig mag de huisarts wel medicijnen tegen pijn, ontsteking of spierspanning verstrekken en kan hij zeer kortdurend bedrust adviseren. Maar de klemtoon ligt toch op geruststelling en het stimuleren van beweging, en adviseren om zo mogelijk aan het werk te blijven. Immers, het is niet bewezen dat dit slecht of niet verantwoord zou zijn. Sterker nog, er zijn zelfs aanwijzingen voor de veronderstelling dat het goed zou zijn. Bezig blijven voorkomt ook het 'dis-use syndroom', de verslechtering door het 'niet gebruiken'.

Weerstand

Dat het merendeel van de rugpatiënten moeite heeft met de voorgestelde behandeling is begrijpelijk en deze behandeling lijkt soms ook erg hard. Niettemin, voor de huisarts is dit bij de huidige stand van de wetenschap, het enige wat hij verantwoord kan en mag doen. Het is dan ook zaak dat de wetenschap ten aanzien van lage rugklachten verbetert en dat het percentage a-specifieke lage rugklachten, dus rugklachten zonder duidelijke oorzaak, zo spoedig mogelijk liefst tot nul gereduceerd wordt. Pas dan kunnen de best passende maatregelen voor rugklachten genomen worden. Jammer genoeg lijkt alleen al de indeling van de rugklachten in specifiek en a-specifiek een rem gezet te hebben op verder onderzoek naar de oorzaak van de veelal onduidelijke rugklachten. Gelukkig keert het tij en is Koning (2004) duidelijk positiever gestemd met betrekking tot de diagnostiek en aanpak van chronische lage rugklachten. Hij verwacht dat door de verbeterde diagnostiek en de toegenomen wetenschappelijke kennis bij 50 tot 70% van de patiënten met chronisch lage rugklachten een gerichte diagnose mogelijk is, ook al kunnen we nog steeds geen doorbraak constateren in de effectieve aanpak ervan.

Waarom rugklachten zo ingewikkeld zijn

Hoe kan het nu dat we in een tijd met supertechnologie nog zó weinig weten van de herkomst van lage rugklachten? Een voorbeeld zal dat wellicht wat kunnen verduidelijken.

*diagnose stellen is niet
eenvoudig*

Het schiet erin!

Stel, de rugpijn begint met 'spit' in de rug. Spit in de rug betekent: het schiet er plotseling in, je kunt niet meer op of neer, en je staat scheef en krom. De oorzaak is onduidelijk. Je zou kunnen denken aan een scheurtje in een tussenwervelschijf en dat betekent dat je ook pijn voelt in de bindweefselring van die tussenwervelschijf. Maar omdat er maar weinig gevoel in die ring

zit, valt het met die pijn nog wel mee, mits je maar absoluut niet beweegt. Uitsluitel over de herkomst van de pijn hebben we nu dus nog niet.

Scheef en krom

Waarom je dan scheef of krom staat? Omdat extra druk op dat scheurtje natuurlijk meer pijn veroorzaakt. Tegen de tijd dat het scheurtje hersteld is, ga je vanzelf wel weer recht staan, maar in het begin kun je gewoon niet anders. 'O, ik zie het al', zou de fysiotherapeut zeggen, 'je spieren staan als kabeltouwen!' Maar wat de pijn veroorzaakt, is nu nog steeds niet duidelijk. Probeer immers maar eens één dag scheef te lopen met een gezonde rug. De kans is heel groot dat je daarna twee dagen spierpijn zult hebben. Komt de pijn dus van het scheurtje in je tussenwervelschijf of van het scheef en krom lopen?

Nog een oorzaak: je banden

Om je de nodige stabiliteit te bezorgen beschikt je rug, net als bijvoorbeeld je enkel, over stevige gewrichtsbanden. Zo staan er onder in de rug een paar heel sterke banden, die als scheerlijnen van een tent aan de wervelkolom zitten en die links en rechts van de rug aan het bekken vastzitten. Ga je nu scheef lopen naar links, dan trek je rechts de haringen uit de grond (lees: het bekken). Nu bevatten gewrichtsbanden erg veel gevoel, dus als je aan één kant trekt, leidt dat tot pijnklachten aan de andere kant onder in de rug. Je gewrichtsbanden worden té sterk gerekt en daardoor erg pijnlijk. Nog steeds weten we niet waar de pijn uit dit voorbeeld vandaan komt.

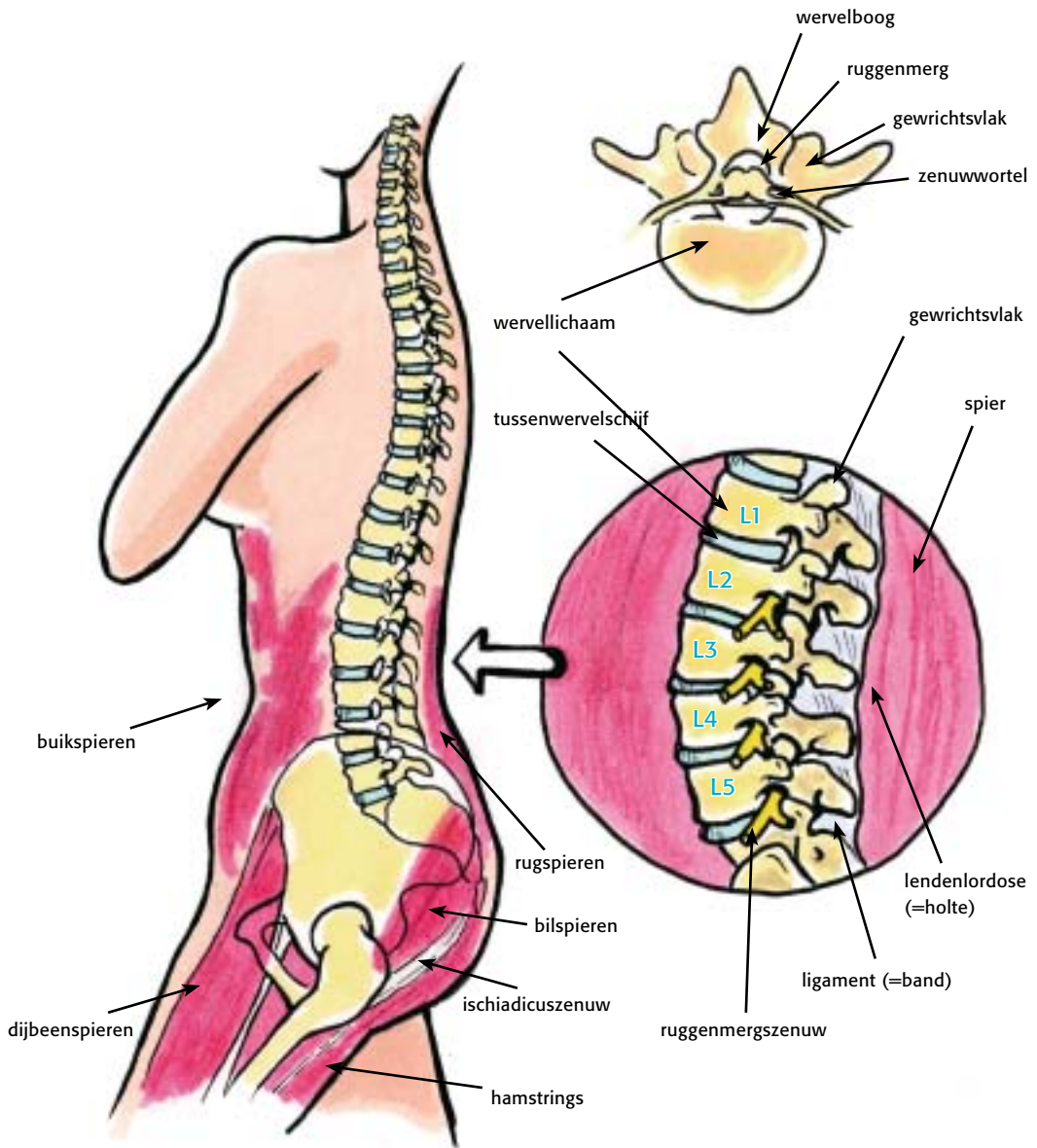
Je rug slaat op slot

Intussen staat de computer in je hoofd ook niet stil. Op het moment dat die merkt dat er iets in je rug beschadigd is, geeft hij aan de rug het sein 'TILT!!' en gooit de boel op slot. De gewrichten in je rug 'blokkeren' nu, waardoor je stijf wordt en moeilijker kunt bewegen, met alle goede bedoelingen trouwens. Toch vinden ook gewrichten dit niet leuk, want het leidt ook tot extra spierspanning en getintel. 'Sjonge jonge, wat zit je vast!' roept je manueel therapeut in dit geval. 'Zelfs je bekkengewrichten bewegen niet meer en ze staan nog gedraaid ook! Trouwens, waar heb je nu eigenlijk last van?'

Geprikkelde dura

Het scheurtje in de tussenwervelschijf kan overigens ook nog iets royaler uitpakken. De kern dreigt daardoor naar buiten te komen, net als een bobbel op een fietsband die nog nét niet door is. Als dat de situatie is, dan dreigt het ruggenmerg in de klem te komen. De 'dura' (de bekleding van je ruggenmerg) raakt nu geprikkeld. Als je nu je hoofd buigt, doet het zelfs pijn in je bil!

Kortom, in ons voorbeeld weten we nu nog steeds niet waar de rug-



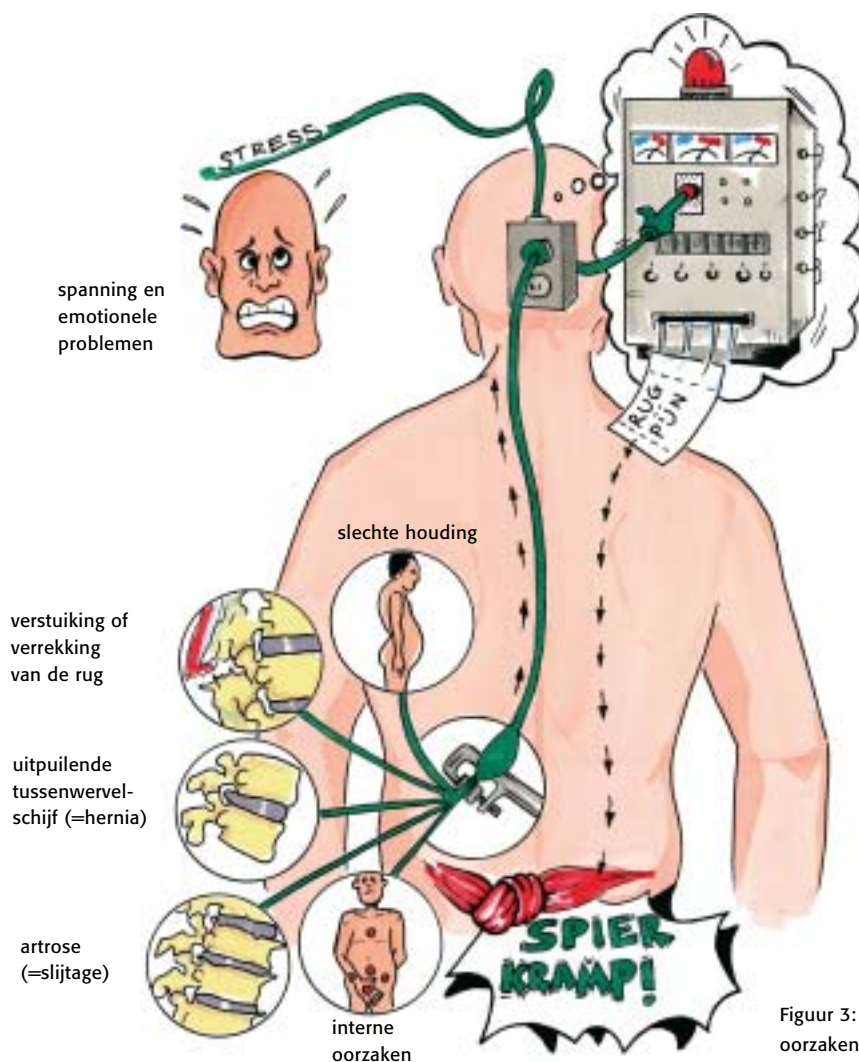
pijn vandaan komt. Maar kan het nog erger? Ja, want we kunnen nu ook nog bedenken dat je een hernia hebt. Daarbij scheurt de tussenwervelschijf helemaal door en klemmt de inhoud van de schijf de zenuw meer of minder af. Erg pijnlijk, maar tegelijkertijd een hele troost, want nu wordt het weer duidelijk, want een hernia hoort bij de 5-10% 'specifieke' rugklachten. Liep eerst nog alles door elkaar, nu weten we eindelijk waar de pijn vandaan komt.

Figuur 2: De opbouw van de rug



Mogelijke oorzaken van lage rugklachten

Over de mogelijke oorzaken van lage rugklachten is veel gespeculeerd. Er zijn talloze gevallen onderzocht en daar zijn al net zo veel mogelijke oorzaken gevonden. Waddell (1987) vat al die mogelijke oorzaken samen onder de noemer *biopsychosociale oorzaken*. Met bio- bedoelt hij dan de lichamelijke factoren als aanleg, stofwisseling, scheefstand, houding, zwangerschappen,



Figuur 3: Biopsychosociale oorzaken.

maar ook voeding, beweging, roken en dergelijke. Psycho- staat voor spanning, stress, levensinstelling en tevredenheid, terwijl sociaal meer ingaat op iemands contacten naar buiten, zijn werkomstandigheden, de zeggenschap over zijn werk en op omgevingsfactoren. Echt inzichtelijker wordt het daar in eerste instantie vaak niet van. Lange tijd zag men *belasting* als hoofdschuldige voor het krijgen van rugklachten en dit idee lijkt men nog steeds niet te hebben verlaten.

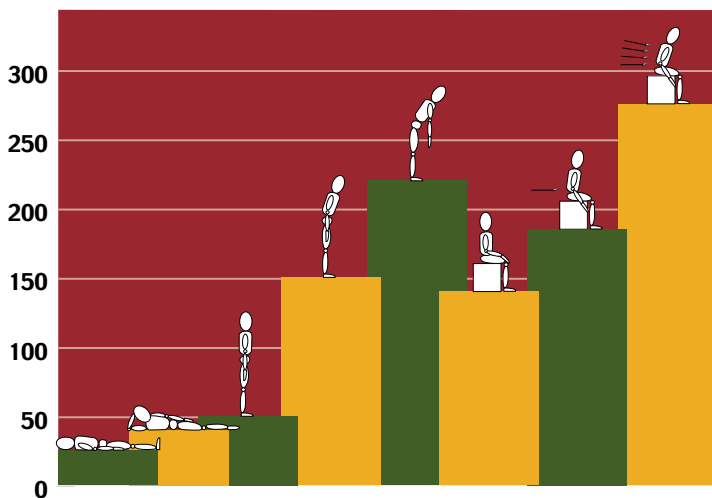
Gewijzigde inzichten

*oude inzichten veroordeelden
tillen en bukken*

Sinds Nachemson in de jaren zestig de druk in de tussenwervelschijf wist te bepalen, dacht men de reden voor het ontstaan van rugklachten gevonden te hebben. Hoe hoger de druk in de tussenwervelschijf, hoe hoger de kans op rugklachten, zo veronderstelde men. Immers, de druk bij tillen, bukken, zitten en staan bleek erg hoog en bij liggen erg laag, en dit leek goed aan te sluiten bij de klachten van de patiënt. Om die reden werden tillen en bukken veroordeeld en werd liggen (lees bedrust) hét advies bij rugklachten.

Inmiddels is gebleken dat de druk bij lopen hoger is dan bij staan en zitten. Je zou verwachten dat het advies om te gaan liggen in dat geval tot verlichting van de klachten zou moeten leiden. Maar het tegengestelde is eerder het geval. 'Als ik maar in beweging blijf dokter, dan gaat het wel', vertellen rugpatiënten. Ze geven dus aan dat lopen meestal tot minder rugklachten leidt en dat hun klachten er zelfs vaak mee willen verdwijnen.

Toch hoort men in de praktijk ook dat zwaar tillen, sjouwen en tuinieren aanleiding tot rugklachten kunnen geven. Mogelijk dat dit alléén het geval is wanneer er al sprake is van een rugprobleem, zoals bij een beschadigde tussenwervelschijf. Immers,



Figuur 4: Zweeds onderzoek van dr. Nachemson: aantal kilo's druk op tussenwervelschijven in diverse lichaams-houdingen.

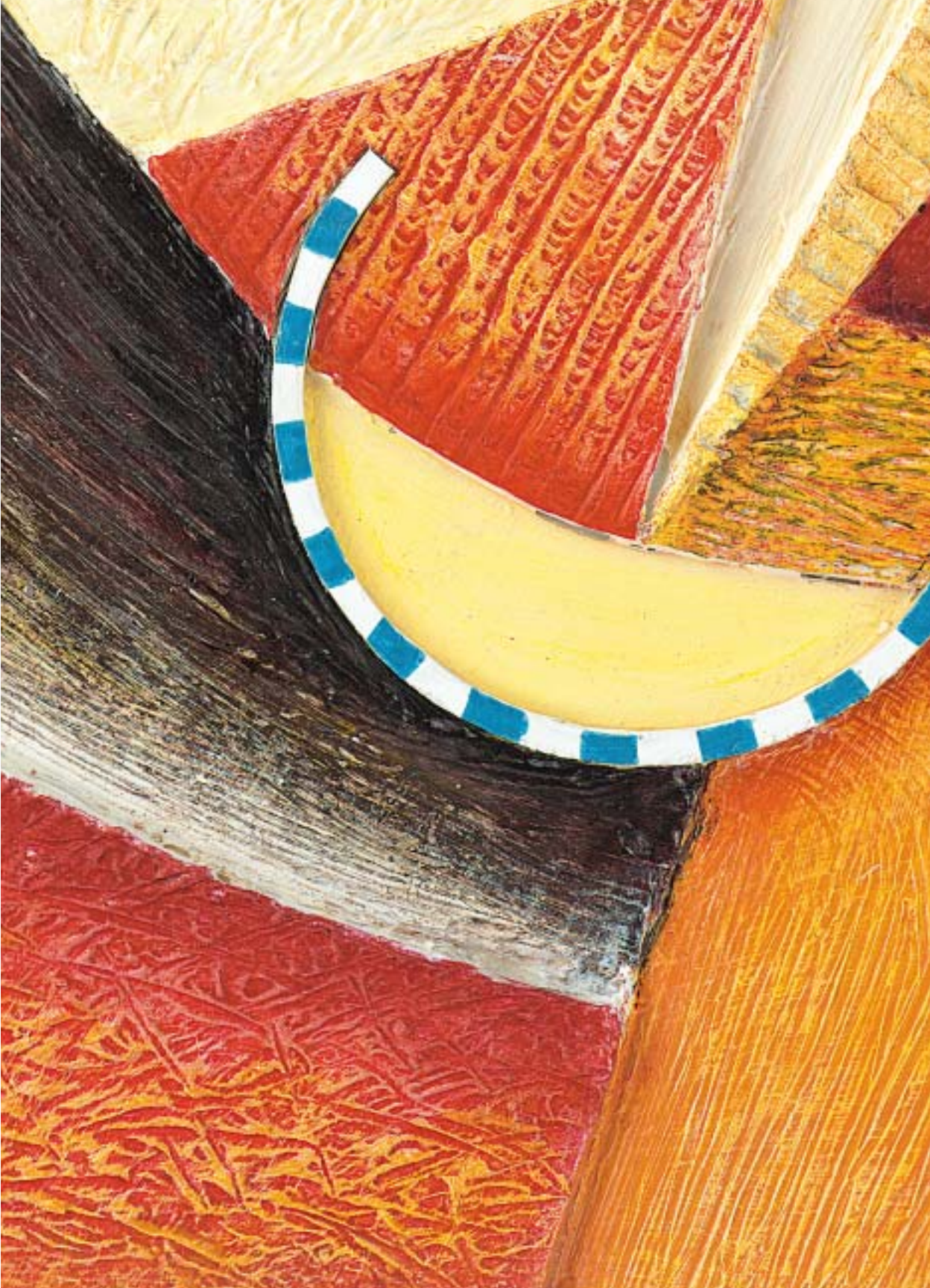
zouden wij anders gewichtheffen, krachttraining en fitness ook voor een gezonde rug niet moeten verbieden?

Anatomische indeling

In dit boek wordt onderkend dat psychische en sociale factoren lage rugklachten kunnen veroorzaken of in stand houden. Desondanks wordt er bij de indeling van de mogelijke oorzaken in eerste instantie gekozen voor een meer anatomische benadering. Uitgangspunt is dan de mogelijk aangedane structuur. Voor een deel is dit speculatief, omdat de werkelijke oorzaak van de meeste lage rugklachten (90-95%) nu eenmaal niet vaststaat.

mogelijke structurele oorzaken

Vanaf pagina 45 staat een overzicht van allerlei mogelijke structurele oorzaken. In dit overzicht vindt u aandoeningen die al als specifieke, lees 'duidelijke' oorzaken bekend staan evenals de min of meer 'onduidelijke', nog niet bewezen oorzaken van lage rugklachten. Deze oorzaken worden echter vaker genoemd en ook op grond van mijn persoonlijke ervaring komen ze zeker in aanmerking als bron van rugklachten. Dat hierover wisselend gedacht wordt, moge duidelijk zijn.



Diagnostiek

Zonder eerst een echt lichamelijk onderzoek uit te voeren, proberen we aan de hand van een aantal vragen er achter te komen wat u hebt. Het is daarom belangrijk dat u uw klachten zo goed mogelijk probeert in te delen. Bedenk dat de uitkomst nooit helemaal zeker is en dat het altijd beter is deze uitkomst door middel van onderzoek door uw arts te laten verifiëren. Want, let wel, zekerheid is nooit te geven, zeker niet zonder een goed lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend röntgenonderzoek of bloedonderzoek. Bovendien is het goed mogelijk dat u meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebt. Iemand met Bechterew kan best ook spit of een hernia krijgen, met blokkeringen en spierpijn. Het zou ook goed kunnen dat u net van het ene stadium in het andere beland bent (zie het praktijkvoorbeeld in het kader). Het is dus mogelijk dat een sluitend antwoord niet meteen te geven is. Maar, wanneer u zich goed herkent in de geschetste situaties zal de kans op een betrouwbare uitkomst steeds groter worden. Dit boek kan u dan hopelijk goed helpen bij het zelf stellen van uw diagnose.

Marion, een jonge vrouw van 35

Ik ben rugpatiënt, ik heb een zittend beroep en studeer naast mijn werk. Zodoende heb ik lichamelijk altijd een vrij inactief leven geleid. Sinds 2000 heb ik af en toe lage rugpijn gehad, maar dat ging steeds vanzelf over met rust.

Fase: Recidiverende acute discopathie

Na het opknappen van de tuin in de zomer van 2004 (70 kruiwagentjes zand duwen en 36m² tegels sjouwen) kreeg ik (natuurlijk) weer rugpijn, maar dit keer trok het niet vanzelf weg. De rugpijn was vervelend, maar draaglijk, dus ging ik gewoon door met mijn dagelijks leven.

Fase: Chronische discopathie

Maar na een skivakantie in maart 2005 lag ik helemaal in de kreukels. Toen ben ik voor het eerst

naar de huisarts gegaan voor mijn rugklachten. Hij verwees mij naar het OCA voor rugtraining. Daar heb ik gedurende drie maanden tweemaal per week fitnessstraining gedaan onder begeleiding van een fysiotherapeut. De training had goed effect: het ging steeds beter met mijn rug. Hierna besloot ik door te gaan met de fitnessstraining bij een sportschool die dichterbij huis lag en goedkoper was, maar verder op hetzelfde neerkwam. Als ik regelmatig beweging nam, ging het goed met mijn rug, maar als ik er met de pet naar gooide (te veel werken en dus te veel zitten, gecombineerd met geen tijd/zin om te sporten) holde het weer achteruit. Als het slecht ging, had ik last van uitstraling naar mijn linkerbil.

Fase: Duraprikkeling

In augustus 2005 maakte ik een (kennelijk foute) golfswing en er schoot een pijscheut door mijn hele linkerbeen van mijn bil tot en met mijn voet. Omdat ik flauwviel van de pijn, werd 112 gebeld. Eind van het liedje was transport met de ambulance naar het ziekenhuis. De neuroloog ter plaatse vond de verschijnselen hernia-achtig, maar kon neurologisch geen hernia vaststellen. Er werd geen foto of scan gemaakt. Ik kon met pijnstillers naar huis, moest een week bedrust nemen en aansluitend de huisarts raadplegen.

Fase: Radiculaire prikkeling

Na die week vond de huisarts dat ik geleidelijk aan weer in beweging moest komen. Mobiliseren, zoals hij dat noemde. Zo gezegd, zo gedaan: 's ochtends deed ik fitness, 's middags maakte ik een wandeling en tussendoor ging ik liggen. Gelukkig ging het steeds beter: de pijn werd minder en ik kon steeds langer opblijven. Na vijf weken ziekteverlof voelde ik me goed genoeg om aan het werk te gaan.

Maar fulltime werken bleek te veel gevraagd. Als ik langer dan twee uur zat, begon de pijn in mijn linkerbeen toe te nemen en na een volledige werkweek had ik een dag bedrust nodig om te

herstellen. In overleg met de bedrijfsarts ben ik halve dagen gaan werken. Verder ging ik terug naar mijn huisarts die me doorverwees naar een neuroloog, bij wie ik in september 2005 terecht kon. Haar diagnose luidde: hernia-achtige verschijnselen. Ze vroeg een MRI-scan voor me aan. 'YES', in oktober 2005 kreeg ik eindelijk de 'foto' waar ik al zo vaak om gevraagd had!

Een maand later, in november 2005, kreeg ik de uitslag: een flinke hernia bij L5-S1, uitstulpend naar de linkerkant. Het klopte precies met mijn klachten. 'YES', eindelijk een officiële diagnose (let wel vier maanden na het ontstaan)! Volgens de neuroloog zou deze uitstulping niet meer vanzelf inkrimpen en was een operatie de beste behandeling. Ze verwees me daarom door naar de neurochirurg. Dat was behoorlijk schrikken, want tot dan toe was ik gefocust op genezing door fitness.

Oorzaak: Hernia

In december 2005 ben ik bij de neurochirurg geweest. Hij vond operatie ook de beste optie. Maar de schok was nu minder groot, want ik was al aan het idee gewend. De operatie vond plaats in januari 2006.

Zelfdiagnose: vragen stellen

Bij het vaststellen van de oorzaak van uw rugklachten, kunt u zelf al een heel eind komen voordat u een arts bezoekt. Dat kunt u doen door een aantal vragen te stellen die in dit hoofdstuk staan opgesomd. De antwoorden op de vragen, die u in het volgende hoofdstuk aantreft, verwijzen naar de mogelijke diagnose. De achtergrondinformatie en uitleg daarover kunt u dan weer nalezen in dit boek, wat de herkenbaarheid bij u dan weer kan vergroten.

Er bestaat een Duits gezegde dat zegt: ‘das Häufige ist häufig und das Seltene ist selten.’ Met andere woorden: zeldzame aandoeningen komen ook maar zelden voor! Hiermee moet u rekening houden wanneer u uw diagnose wilt stellen. U hebt meer kans op iets ‘alledaags’, dan op iets uitzonderlijks. Er zijn wel ‘witte raven’, maar die komen echt niet vaak voor.

Dit betekent echter ook: pijn in de rug mét een duidelijke uitstraling tot in de tenen is meestal een aandoening in de rug mét zenuwprickeling, tot het tegendeel bewezen is.

Instructie

Beantwoord de vragen in de aangeboden volgorde. Zo gauw u een vraag met ‘ja’ kunt beantwoorden, bent u klaar met vragen stellen en bent u uitgekomen bij een antwoordnummer. Dit nummer verwijst naar het betreffende antwoord in het volgende hoofdstuk ‘Zelfdiagnose: antwoorden’. Dat antwoord geeft uitleg over uw aandoening die vervolgens verderop in het boek uitgebreider besproken wordt. Kunt u zich totaal niet herkennen in dit antwoord, ga dan terug naar de vraag die u met ‘ja’ beantwoord had en ga daar verder.

Vragenlijst

Lijst 1. U hebt rugklachten (met of zonder uitstraling) én.....

- U bent sterk vermagerd, zonder het te willen:
zie antwoordnummer 1
- U bent boven de 50 á 55 jaar en hebt écht nog nooit eerder rugklachten gehad (vooral géén spit, ook niet toen u jong was):
zie antwoordnummer 2
- U slikt al langere tijd corticosteroïden:
zie antwoordnummer 3
- U hebt er koorts bij:
zie antwoordnummer 4
- U bent in verwachting en hebt nooit eerder rugklachten gehad:
zie antwoordnummer 5

- U hebt vrijwel uitsluitend 's nachts pijn:
zie antwoordnummer 6

Hebt u deze vragen met 'nee' beantwoord, maak dan een keuze uit de indeling van Lijst 2 en ga verder.

Lijst 2. U hebt rugklachten met...

- Uitstraling in bil en been tot in uw voet of tenen toe. Van belang is dus vooral hoe ver de uitstraling plaatsvindt. Echt tot in de voet of tenen? Dit geldt óók wanneer deze uitstraling maar af en toe of onder bepaalde omstandigheden optreedt, bijvoorbeeld alléén tijdens lopen of tijdens liggen.
Zo ja, ga verder met de vragen in Lijst 3.
- Mét uitstraling onder in de bil en vooral tot in de knieholte of de zijkant van de kuit, maar niet tot in uw voet(en) of tenen. Dit geldt óók wanneer dit maar af en toe of onder bepaalde omstandigheden het geval is, bijvoorbeeld tijdens zitten of staan en niet tijdens lopen, fietsen of liggen.
Zo ja, ga verder met de vragen onder Lijst 4.
- Mét uitstraling in de heupregio, lies, of in het bovenbeen of in de bilstreek. Er is dus geen sprake van verdere uitstraling in het hele been of in de kuit.
Zo ja, ga verder met de vragen onder Lijst 5.
- De pijn straalt niet uit maar blijft ergens in de rug zitten.
Zo ja, ga verder met de vragen onder Lijst 6.
Zo neen, ga verder met Lijst 7.

Lijst 3

- U hebt deze klachten sinds u hard op uw stuitje of billen gevallen bent:
zie antwoordnummer 27.
- Vooral met lopen en staan krijgt u pijn, die minder wordt bij bukken, hurken of zitten:
zie antwoordnummer 9.
- Het lijkt of u af en toe géén gevoel meer hebt in uw grote of kleine tenen. Misschien hebt u zelfs een klapvoet:
zie antwoordnummer 7.
- Met hoesten, niezen en persen schiet er pijn door uw rug en been, soms tot in uw tenen toe:
zie antwoordnummer 8.
- Vooral met zitten, staan en bukken krijgt u last van uw rug en been. De minste last hebt u tijdens lopen of fietsen:
zie antwoordnummer 10.

Of kies wat er het dichtste bij komt.

Lijst 4

- Vooral lopen lokt de klachten uit en die worden dan minder met zitten, hurken en bukken:
zie antwoordnummer 13.
- De pijn in de kuit kunt u opwekken door te bukken, uw hoofd te buigen of grote passen te maken, maar ook wanneer u liggend uw been naar boven strekt:
zie antwoordnummer 12.
- De pijn zit zowel onder in de bil als in het bovenbeen en in de knieholte of in de zijkant van het onderbeen:
zie antwoordnummer 14.
- De klachten worden vooral erger met langer zitten en staan en zijn nog het minste met lopen en fietsen:
zie antwoordnummer 11.

Of kies wat er het dichtste bij komt.

Lijst 5

- De pijn straalt uit tot aan uw knie en u hebt pijn bij hoesten, niezen en persen. Soms ervaart u een doof gevoel in de voorzijde en binnenkant van uw bovenbeen:
zie antwoordnummer 15.
- U hebt pijn in de heupregio, vooral tijdens het liggen op uw pijnlijke zij:
zie antwoordnummer 16.
- U hebt moeite met lopen en kunt niet meer helemaal rechtop lopen. Het lijkt wel of u steeds stijver geworden bent:
zie antwoordnummer 17.
- U hebt vooral last van pijn in uw lies en opzij op uw heup:
zie antwoordnummer 18.
- U hebt deze klachten sinds u hard op uw billen of stuitje gevallen bent:
zie antwoordnummer 19.

Of kies wat er het dichtste bij komt.

Lijst 6

- Het is 'zo maar' of na iets tillen in uw rug geschoten. U kon in het begin niet meer op of neer en misschien liep u wel helemaal scheef en krom. Misschien hebt u al vaker spit gehad, maar nu schiet het regelmatig zonder aanleiding in uw rug. Het lijkt wel steeds erger te worden:
zie antwoordnummers 20 en 21.
- Fietsen gaat best goed, maar wanneer u door een kuiltje fietst, krijgt u wel een fikse scheut in de rug, dus gaat u voortaan bij kuiltjes en hobbels maar liever uit het zadel:
zie antwoordnummer 21.

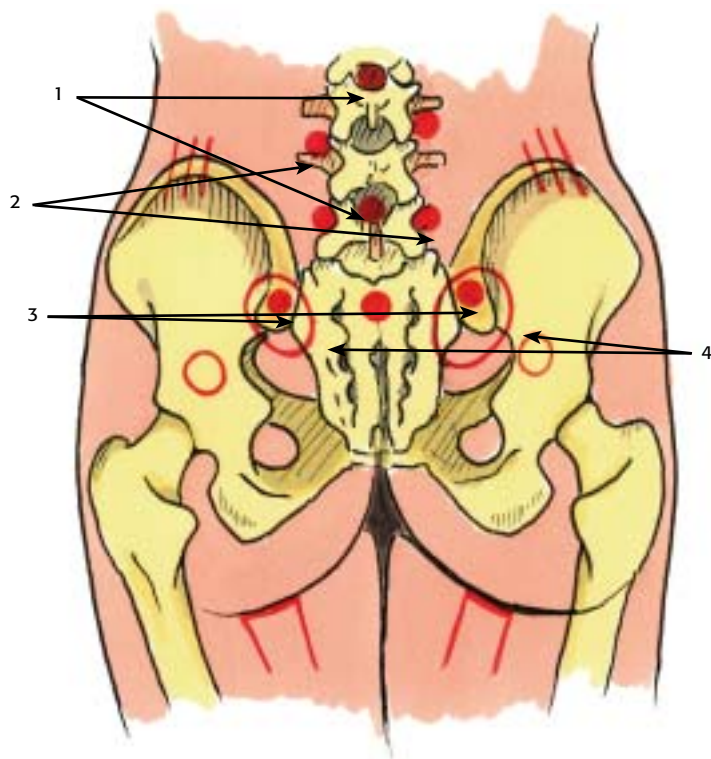
- U hebt wel vaker een wat stijve rug, maar wanneer u zich verstart, krijgt u een ‘messteek’ in de rug:
zie antwoordnummer 21.
- U hebt alleen last na zwaardere rugbelasting: sjouwen, tuinieren en bijvoorbeeld daags na het hockeyen. Maar ook na een tijdje krom staan moet u ‘krikken’ om recht te komen:
zie antwoordnummer 22.
- Alleen bij het opstaan ’s morgens en later op de dag hebt u last van een stijve pijnlijke rug:
zie antwoordnummer 22.
- U hebt last in uw rug sinds u bent uitgeden of gevallen:
zie antwoordnummer 19.
- Eigenlijk hebt u alleen ’s nachts en ’s morgens last:
zie antwoordnummers 6 en 23.
- De klachten zijn aansluitend na een operatie ontstaan:
zie antwoordnummer 24.
- Uw klachten zitten niet alleen in uw rug, maar ze zitten over heel uw lijf verspreid:
zie antwoordnummer 25.
- U bent zelfs al een paar maal aan uw rug geopereerd, maar desondanks wil het niet beter worden. Steeds komt het maar weer terug:
zie antwoordnummer 26.

Lijst 7

U hebt nog niets herkenbaars gevonden, maar de pijn zit vooral:

- precies in het midden bij de doornuitsteeksels (figuur 5, rode punten 1):
zie antwoordnummer 28.
- links of rechts van de wervels (figuur 5, rode punten 2):
zie antwoordnummer 29.
- links en/of rechts onder in de rug (figuur 5, rode punten 3), bij de knobbeltjes:
zie antwoordnummer 30.
- in een wat groter gebied links of rechts onder in de rug (figuur 5, grote rode cirkels 4):
zie antwoordnummer 31.

Figuur 5





Zelfdiagnose: antwoorden

1.

Sterke vermagering die optreedt zonder het te willen, zou er op kunnen wijzen dat u een ernstige ziekte onder de leden hebt. Daarom is in eerste instantie het achterhalen van de oorzaak van de ongewenste vermagering nog belangrijker dan het zoeken naar de oorzaak van de rugklachten. U moet dus uw huisarts raadplegen!

2.

We vinden het vreemd wanneer iemand pas boven de 50 jaar voor het eerst in zijn leven last krijgt van rugklachten. Rugklachten beginnen meestal op jongere leeftijd. In een dergelijk geval denken we dan ook bij voorbaat aan uitzonderlijke aandoeningen of aan botontkalking en spontane botbreuken. Misschien maken we ons nu onnodig bezorgd, maar we hebben afgesproken dat u hiermee beslist naar uw huisarts moet om de diepere oorzaak op te sporen.

3.

Wanneer iemand langere tijd corticosteroïden slikt, zijn we bang voor het ontstaan van osteoporose (botontkalking). Wanneer hij/zij dan vrij plotseling last krijgt van de rug kan er sprake zijn van een spontaan opgetreden wervelfractuur. U moet dan ook eerst contact opnemen met uw huisarts. Wanneer een wervelfractuur uitgesloten is en geen oorzaak is vastgesteld, kunt u alsnog met deze vragenlijst verder gaan.

4.

Koorts is een aanwijzing voor het bestaan van ontstekingen. Koorts én rugklachten betekent meestal dat u iets heeft wat niet uit uw rug komt, maar wat u wel in uw rug voelt. Denk aan een ontsteking in de buik (nierbekken, darmen, baarmoeder etc.). Heftige rugpijn met koorts kan duiden op discitis of spondylitis, maar dit zijn echt witte raven. U dient contact op te nemen met uw huisarts.

5.

De eerste vraag is of er geen complicatie in de zwangerschap is opgetreden. Is dat niet het geval, dan moet u gaan kijken onder 'Bekkeninstabiliteit' (zie pagina 80). Kunt u uw klachten hierin niet herkennen, dan kunt u gewoon verder gaan met de laatste vraag van Lijst 1.

6.

Uitsluitend nachtelijke pijn wijst in de richting van een 'ontsteking'. Rugklachten die gepaard gaan met een ontsteking zijn veelal reumatisch van aard. Wanneer in het bijzonder jonge mensen (15-25 jaar) iedere nacht wakker worden van de pijn in de rug, terwijl het overdag redelijk goed gaat, moeten we aan Bechterew of andere vormen van reuma denken (zie pagina 97).

7.

U hebt pijn onder in uw rug mét uitstraling in uw bil en been tot in uw voet of tenen toe. Het lijkt of u af en toe géén gevoel meer hebt in uw grote of kleine tenen. Misschien hebt u zelfs een klapvoet.

Herkent u dit:

U hebt veel pijn onder in uw rug met uitstraling in het been tot aan uw voet toe. Met hoesten, niezen en persen schiet de pijn als een mes door uw rug en been. U hebt geen gevoel meer in uw grote of kleine teen of in de zijkant van uw voet. Soms tintelt het tot in uw tenen toe, alsof er duizend mieren door uw been wandelen of u hebt het gevoel dat uw been onder stroom staat. Hebt u trouwens ook al minder kracht in uw voet of tenen of dreigt u een klapvoet te krijgen?

U hebt waarschijnlijk een zenuwafklemming vanuit uw rug. Meestal komt dit door een hernia waardoor er afklemming van een zenuw optreedt. Soms is sprake van een vernauwing in het ruggenmergkanaal of vernauwing bij de uittredeplaats van de zenuw. Neemt de afklemming toe of is er sprake van een grotere hernia, dan kan ook de kracht in uw voet of tenen verder afnemen zodat u gaat slepen met uw been. U moet dus echt naar de dokter. We spreken van hernia (zie pagina 49) en van een radiculair syndroom (zie pagina 56).

8.

U hebt pijn onder in uw rug mét uitstraling in uw bil en been tot in uw voet of tenen toe. Met hoesten, niezen en persen schiet er pijn door uw rug en been, soms tot in uw tenen toe.

Herkent u dit:

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling naar uw been, soms tot in uw tenen toe. U ervaart deze pijn meestal met langer zitten, lang staan en slenteren. Het minste last hebt u tijdens lopen en fietsen. Wanneer u plotseling moet niezen of lachen, lijkt het alsof er een mes door uw rug gaat. Het liefst vangt u dit op door wat voorovergebukt te gaan staan. U moet zich ook vooral niet verstappen. Uw been en uw tenen voelen soms wat 'raar' aan.

U hebt waarschijnlijk last van discopathie (zie pagina 64) en mogelijk zelfs van een kleine hernia (zie Bulging disc pagina 47). Wanneer de scheuten vaak optreden, kan het ook een instabiele discus zijn (zie pagina 71).

9.

U hebt pijn onder in uw rug mét uitstraling in uw bil en been tot in uw voet of tenen toe. Vooral met lopen en staan krijgt u pijn, die minder wordt bij bukken, hurken of zitten.

Herkent u dit:

U hebt pijn in de rug met uitstraling naar een of beide benen, soms tot in de tenen toe. Dit wordt vooral erger met lopen en met langdurig staan, maar wordt snel minder met bukken, hurken of zitten. Vroeger hebt u misschien ook al regelmatig rugklachten gehad, misschien bent u dertig jaar geleden zelfs al aan een hernia geopereerd. De laatste tijd wordt het lopen steeds moeilijker. De afstand die u zonder klachten kunt lopen, wordt steeds korter. Af en toe lijkt u wel te gaan slepen met uw been. Ze zeggen dat u op een tic loopt.

U hebt waarschijnlijk een neurogene claudicatio (zie pagina 59) of het syndroom van Verbiest (zie pagina 61). Niet wanhopen, hier is iets aan te doen!

10.

U hebt pijn onder in uw rug mét uitstraling in uw bil en been tot in uw voet of tenen toe. Vooral met zitten, staan en bukken, krijgt u last van uw rug en been. De minste last hebt u tijdens lopen of fietsen.

Herkent u dit:

U hebt pijn onder in uw rug, met uitstraling in een been (soms beide?) tot in uw voet en tenen toe. Met hoesten, niezen of persen schiet de pijn door uw rug en uw been heen. U hebt soms een raar gevoel of zelfs helemaal géén gevoel meer in uw grote of kleine teen. U ervaart deze pijn vooral met langer zitten, langer staan en met slenteren. De minste last hebt u nog met een beetje wandelen of fietsen, waarbij u overigens wel moet oppassen voor hobbeltjes en kuultjes in de weg.

U hebt waarschijnlijk een aandoening aan de tussenwervelschijf. Acute of chronische discopathie (zie pagina 64) en mogelijk een hernia (zie pagina 45, 56) met irritatie van een zenuw door afklemming en daardoor radriculaire prikkeling (zie pagina 56) of durale prikkeling (zie pagina 58).

11.

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling onder in de bil en vooral de zijkant van de kuit. De klachten worden vooral erger met langer zitten en staan, en zijn nog het minste met lopen en fietsen.

Herkent u dit:

U hebt pijn in uw rug en onder in uw bil én aan de zijkant van uw kuit. De pijn wisselt. Vaak zit u maar over uw kuit te wrijven, maar wrijven helpt niet. Trouwens met fietsen wil het nog wel eens verdwijnen. Wanneer u bukt, kunt u niet meer zo ver komen en trekt het in uw been. Hebt u al geprobeerd om dan nog eens uw hoofd te buigen? Als dat echt veel pijn doet weet u het zeker. Het lijkt wel of uw spieren te kort zijn geworden, maar dit is duraprikkeling.

Duraprikkeling (zie pagina 58) is irritatie van de hoes van de zenuwkabel. Het kan een gevolg zijn van een kleine hernia of bulging disc, maar soms zie je het ook na een succesvolle hernia-operatie als gevolg van littekenreactie.

12.

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling onder in de bil en vooral de zijkant van de kuit. De pijn in de kuit kunt u opwekken door te bukken, uw hoofd te buigen of grote passen te maken, maar ook wanneer u liggend uw been naar boven strekt.

Herkent u dit:

U hebt pijn in uw rug en onder in uw bil én aan de zijkant van uw kuit. De pijn wisselt. Wanneer u bukt, kunt u lang niet meer zo ver komen als eerst en trekt het in uw been en soms tintelt het dan ook in uw tenen. Hebt u al geprobeerd om dan nog eens uw hoofd te buigen? Op de bank met uw benen gestrekt op tafel wil ook niet meer zo goed. Het lijkt wel of uw spieren te kort zijn geworden, want grote passen maken, lukt met die kant trouwens ook niet goed meer.

Dit zijn geen verkorte spieren, maar dit is duraprikkeling met het begin van radiculaire prikkeling. Kijk eens onder duraprikkeling (zie pagina 58), bulging disc (zie pagina 47) en hernia met een radiculair syndroom (zie pagina 56).

13.

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling onder in de bil en vooral de zijkant van de kuit. Vooral lopen lokt de klachten uit en die worden dan minder met zitten, hurken en bukken.

Herkent u dit:

U hebt pijn in de rug met uitstraling naar een of beide benen, soms tot in de tenen toe. Dit wordt vooral erger met lopen en met lang-

durig staan, maar wordt snel minder met bukken, hurken of zitten. Vroeger hebt u misschien ook al regelmatig rugklachten gehad, misschien bent u dertig jaar geleden zelfs al aan een hernia geopereerd. De laatste tijd wordt het lopen steeds moeilijker. De afstand die u zonder klachten kunt lopen, wordt steeds korter. Afen toe lijkt u wel te gaan slepen met uw been. Ze zeggen dat u op een tic loopt.

U hebt waarschijnlijk een neurogene claudicatio (zie pagina 59) of het syndroom van Verbiest (zie pagina 61). Niet wanhopen, hier is iets aan te doen!

14.

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling onder in de bil en vooral de zijkant van de kuit. De pijn zit zowel onder in de bil als in de lies of heupregio, maar ook in het bovenbeen en soms in de zijkant van het onderbeen.

Pijn onder in de rug met uitstraling net onder in de bil, die verder langs de achterzijde van het bovenbeen trekt en naar de voor-zijkant van de kuit springt, bestaat meestal op basis van duraprikkeling (zie pagina 47). Dit speelt zich dan weer af bij discopathie, bij spondylolisthesis of bij een kanaalstenose (zie pagina 61 Syndroom van Verbiest). Toch behoort ook het piri-formis syndroom nog tot de mogelijkheden.

15.

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling in heup, lies, bovenbeen of bilstreek. De pijn straalt uit tot aan uw knie en u hebt pijn bij hoesten, niezen en persen. Soms ervaart u een doof gevoel in de voorzijde en binnenkant van uw bovenbeen.

Mogelijk hebt u een hernia met radiculair syndroom op het niveau L3-L4. Een hernia op niveau L3-L4 komt weliswaar niet zo vaak voor en wordt daarom nog al eens gemist. U kunt uw pijnlijke been ook best hoog optillen zonder pijn wanneer u op uw rug ligt, maar u kunt uw been juist niet goed naar achter krijgen (zie onder hernia met radiculaire prikkeling pagina 56). Een doof gevoel in de voorzijde van het bovenbeen (zonder rugklachten) kan ook wijzen op meralgia paraesthetica, een veel voorkomende, onschuldige afklemming van een huidtakje van de nervus femoralis (zie Meralgia paraesthetica, pagina 99).

16.

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling in heup, lies, bovenbeen of bilstreek. U hebt pijn in de heupregio, vooral tijdens liggen op uw pijnlijke zij.

Wanneer de pijn duidelijk ter hoogte van de heupkop zit, aan de

zijkant waarop u ligt, heeft u waarschijnlijk een bursitis trochanterica, een ontsteking van de slijmbeurs die tussen de huid en de basis van de heupkop (de trochanter) zit. De pijn straalt uit langs de zijkant van uw bovenbeen. Een dergelijke ontsteking kan echter weer het gevolg zijn van een gedraaide bekkenstand of scheefstand van de rug, waardoor de heup als het ware te veel opzij uitsteekt, waardoor de slijmbeurs geïrriteerd raakt (zie Bursitis trochanterica, pagina 100).

Zit de pijn tijdens het liggen op uw zij meer achter onder in de rug, zonder dat er sprake is van uitstraling, dan kunt u ook last hebben van uw SI-gewricht, maar ook van uw ligamenten (vooral de iliolumbale banden) en zelfs van uw wervelkolom met facetgewrichten en tussenwervelschijfjes.

17.

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling in heup, lies, bovenbeen of bilstreek. U hebt moeite met lopen en kunt niet meer helemaal rechtop lopen. Het lijkt wel of u steeds stijver geworden bent.

U hebt geleidelijk aan meer last gekregen van pijn in de heup- en liesregio tijdens het lopen. Ze zeggen dat u wat met uw been trekt en meestal staat u wat krom en scheef. Als het aan u lag zou u wel met een stok willen lopen. Uw heup lijkt trouwens steeds stijver te worden. Wanneer u zit, heeft u overigens weinig last. Dit lijkt op coxarthrose, slijtage van uw heup (zie onder Coxarthrose, pagina 84).

18.

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling in heup, lies, bovenbeen of bilstreek. U hebt echter vooral last van pijn in uw lies.

Het kan zijn dat u, zoals ook al aangegeven bij antwoord 17, last heeft van uw heupgewricht. Het kan ook zijn dat u last hebt van een overprikkeling met hypertonie van de musculus iliopsoas, een diepe buikspier. Deze wil zich nog wel eens manifesteren als een 'snapping hip', een knakkend geluid in de liesstreek. Dit geluid ontstaat doordat de strak gespannen iliopsoas over de bekkenrand springt wanneer hij iets van positie moet veranderen als u bijvoorbeeld uw been moet heffen of laten zakken. Psoasprikkeling heeft weer van doen met prikkeling in de buik (zie onder Rugklachten die eigenlijk niet uit de rug komen, pagina 85). Ook een psoasbursitis behoort tot de zeldzame mogelijkheden. Pijn die in de rug, maar vooral in de lies zit, kan echter ook nog een gevolg zijn van duraprikkeling (zie antwoord duraprikkeling pagina 30, antwoord 11).

Liespijn met loopstoornissen kan ook nog passen bij bekkeninstabiliteit (zie Bekkeninstabiliteit, pagina 80).

19.

U hebt pijn onder in uw rug met uitstraling in heup, lies, bovenbeen of bilstreek. U hebt deze klachten sinds u hard op uw billen of stuitje gevallen bent.

Wanneer u wat ouder bent, kan het betekenen dat u iets gebroken hebt. Hoe ouder, des te groter de kans. Zeker wanneer ook sprake is van osteoporose (zie onder Osteoporose en fractuur, pagina 99).

Het kan zijn dat door het vallen gewrichten verstuipt of geblokkeerd geraakt zijn. Vooral wervelgewrichten of SI-gewrichten kunnen zo geblokkeerd raken. In veel gevallen is dit niet zo heel erg pijnlijk en kunt u er nog van alles mee, maar lastig is het wel en sommige bewegingen willen niet meer zo goed. De pijn zit vaker links of rechts onder in de rug of langs de wervelkolom, maar er kan ook een bandgevoel onder in de rug zitten (zie Blokkeringen 77). Manipuleren helpt hiervoor vaak snel en goed (zie Kraken, pagina 115).

Door hard vallen kan mogelijk ook een Piriformis Syndroom ontstaan zijn, waarbij de ischiadicus (de grote beenzenuw) geïrriteerd is geraakt of zelfs ingeklemd (zie piriformis syndroom, pagina 62).

20.

De pijn straalt niet uit, maar blijft in de rug zitten.

Het is 'zo maar' in uw rug geschoten. In het begin kon u niet meer op of neer en liep u helemaal scheef en krom.

Waarschijnlijk hebt u wat men in de volksmond 'spit' noemt, of een acute lumbago volgens de dokter (zie Spit, pagina 45). Het schiet er pats boem in en je kunt geen kant meer uit zonder heftige pijnscheuten in de rug.

21.

De pijn straalt niet uit maar blijft in de rug zitten.

U hebt al eerder spit gehad, maar nu schiet het voortaan regelmatig zonder aanleiding in uw rug. Soms krijgt u felle steken in de rug als u zich verstart of als u over een weg met hobbeltjes loopt. Het lijkt wel steeds erger te worden.

Uw klachten wijzen in de richting van een chronische discopathie met tekenen van instabiliteit (zie onder Instabiele discus, pagina 71 of onder Chronische discopathie, pagina 64).

22.

De pijn straalt niet uit maar blijft in de rug zitten.

Zwaardere rugbelasting zoals tillen, sjouwen, tuinieren en een tijdje krom staan, leiden tot stijfheid en pijn in de rug. Het opstaan uit de stoel of uit bed verloopt dan erg moeizaam met van die pijnscheuten door je rug. De klachten zijn vaker periodiek en

treden op nadat u iets te zwaar gesjouwd hebt of weer eens een wedstrijd gehockeyd hebt (zie onder Chronische discopathie, pagina 64).

23.

Eigenlijk hebt u alleen 's nachts en 's morgens last.

Wanneer u vooral 's nachts en 's morgens last hebt en soms in buien, is de kans op een reumatische aandoening niet denkbeeldig. Vooral wanneer er ook nog wisselende gewrichtsklachten van polsen, ellebogen, schouders en voeten bij komen, stijgen de kansen. Bij psoriasis (huidschilfers) kunnen ook dergelijke gewrichtsklachten optreden. Dergelijke aandoeningen kunnen tot heftige nachtelijke pijnklachten aanleiding zijn. Ontstekingsremmers en antireumatica helpen vaak verbluffend snel en goed. Zelfs één pilletje kan alles veranderen. Bent u overdag eenmaal weer op dreef, dan lijkt het wel weer in orde. Wanneer u stipt iedere nacht om dezelfde tijd van de pijn wakker wordt, stijgen de kansen (zie onder Bechterew pagina 97).

24.

De rugklachten zijn aansluitend na een operatie ontstaan.

Soms weten mensen het bijna zeker. 'Sinds mijn baarmoederoperatie heb ik last van rugklachten, dokter. Er zal toch niet iets fout gegaan zijn?' Wanneer u zeker weet dat uw klachten direct na een operatie begonnen zijn, raad ik u aan om 'het Toon Hermans Syndroom' eens te lezen (zie pagina 87). Soms is neuraaltherapie of therapeutische lokaalanesthesie een oplossing! Natuurlijk moet u ook naar uw rug laten kijken. Vaak spelen er dan veel meer zaken dan alleen uw rug.

25.

Uw klachten zitten niet alleen in uw rug, maar over uw hele lijf verspreid.

In dat geval kunt u behalve aan een 'Toon Hermans syndroom' (zie Het Toon Hermans syndroom, pagina 87) ook aan fibromyalgie gaan denken (zie Fibromyalgie, pagina 91).

26.

U bent al een paar maal aan uw rug geopereerd, maar desondanks wil het niet beter worden. Steeds komen de klachten maar weer terug.

Wanneer uw klachten ondanks goede operaties toch steeds maar weer terugkomen, moeten u zeker aan andere in stand houdende factoren gaan denken. Natuurlijk is het de moeite waard om te bekijken of die psychisch van aard kunnen zijn. Mogelijk spelen echter interne aandoeningen of stoornissen een rol (zie het Toon Hermans syndroom 87; Houdingsklachten 103 en Psoashypertonie 85).

27.

U hebt pijn onder in uw rug mét uitstraling in uw bil en been tot in uw voet of tenen toe. U heeft deze klachten sinds u hard op uw stuitje of billen bent gevallen.

Mogelijk hebt u het 'piriformis syndroom' (zie pagina 62).

28.

De pijn zit precies in het midden van uw rug bij de doornuitsteeksels. Eigenlijk komt het maar heel zelden voor dat de pijn uitsluitend en precies midden in de rug zit. Als het geen gevolg is van een ongeval, moeten we dan ook al aan 'witte raven' gaan denken.

Bent u boven de vijftig jaar, dan zou het kunnen wijzen op een wervelaandoening of fractuur door osteoporose. Het kan ook wijzen op een 'kissing spine syndroom' of als het midden onderin zit op het zeldzame 'Syndroom van d'Anguin'. Ook de interspinale ligamenten zouden verrekt kunnen zijn. Toch moeten we nu ook gaan denken aan psychogene klachten wanneer alle wervels drukpijnlijk zijn geworden. 'Mediterraan pijngedrag' zegt dat mensen van rond het Middellandse zeegebied hun klachten vaak duidelijk willen maken door álles als pijnlijk te ervaren.

29.

De pijn zit links of rechts van uw wervels. Dit kan wijzen op een facetsyndroom en meestal betreft het hier wervelblokkeringen (zie Blokkeringen, pagina 77 en Facetsyndroom, pagina 92).

30.

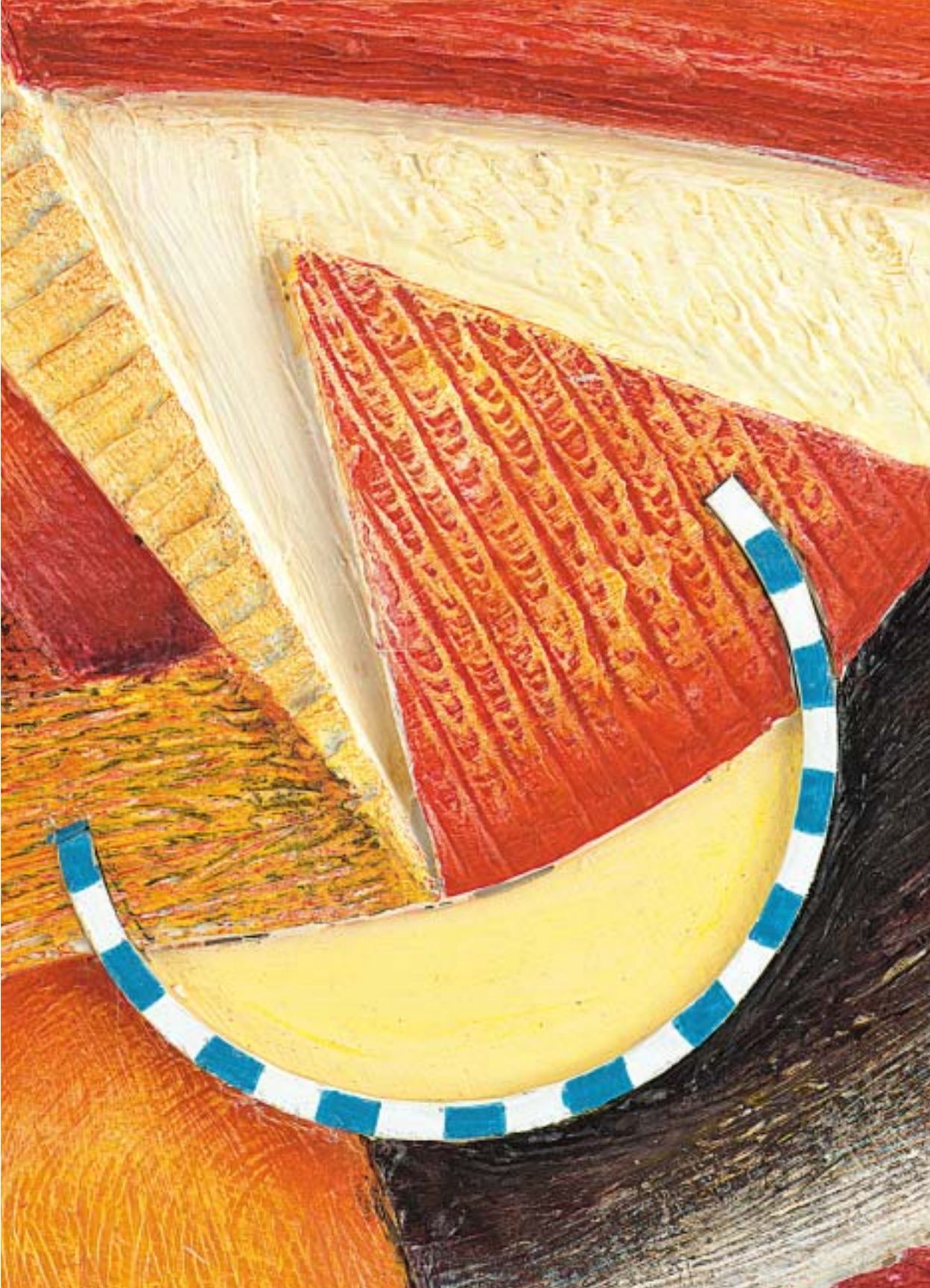
U heeft vooral pijn links en/of rechts onder in de rug, bij die knobbeltjes.

Dan heeft u waarschijnlijk last van de iliolumbale banden. U trekt de haringen uit de grond. Dit kan zijn omdat u van huis uit hypermobiel (te lenig) bent, maar ook omdat u scheef staat of omdat uw bekken of rug scheef staan (zie Ligamentaire lage rugklachten, pagina 78).

31.

In een wat groter gebied links of rechts onder in de rug.

Waarschijnlijk hebt u toch last van uw bekkengewrichtjes. Dit kan gekomen zijn door overbelasting en blokkering (zie onder Blokkering, pagina 77), door bekkenverwringing bij inwendige aandoeningen, door hypermobilititeit (u bent té lenig) of door ontsteking. De blokkering kan ook optreden bij bestaande discopathie in uw rug (zie dan ook onder antwoord 22). Wanneer u zwanger bent, is er mogelijk sprake van bekkeninstabiliteit (zie onder Bekkeninstabiliteit 80, zie onder Blokkering, pagina 77).



Diagnose: de anamnese van lage rugklachten

Gesteld dat u ondanks alle voorgaande vragen zelf niet tot een diagnose hebt kunnen komen, dan is het wellicht nog mogelijk om langs de weg van ‘anamnese’ en ‘onderzoek’ verder te komen. Eigenlijk is dit de weg die de dokter doorgaans bewandelt om tot een diagnose te komen, maar wellicht kunt u een eindje meelopen.

Onder de ‘anamnese’ verstaan we het totaal aan vragen die we aan de patiënt stellen, om er achter te komen wat hij heeft. Het is daarbij belangrijk om een aantal gerichte vragen te stellen, die mogelijk leiden tot het antwoord op de vraag: ‘Wat heb ik?’

Een aantal van die gerichte vragen zal ik hier doornemen en ik zal ook proberen uit te leggen waarom de vraag gesteld wordt. Zo mogelijk zal ik u dan alsnog verwijzen naar het antwoord op de vraag waarnaar we zoeken.

Waar hebt u last van?

Veelal betreft het antwoord: ‘Pijn’.

Het is meestal de pijn die de patiënt dwingt om naar de dokter te gaan. Een enkele keer kan ook krachtsverlies (denk aan zenuwuitval), kramp of tinteling op de voorgrond staan.

ook krachtsverlies, kramp of tinteling

Sinds wanneer hebt u pijn?

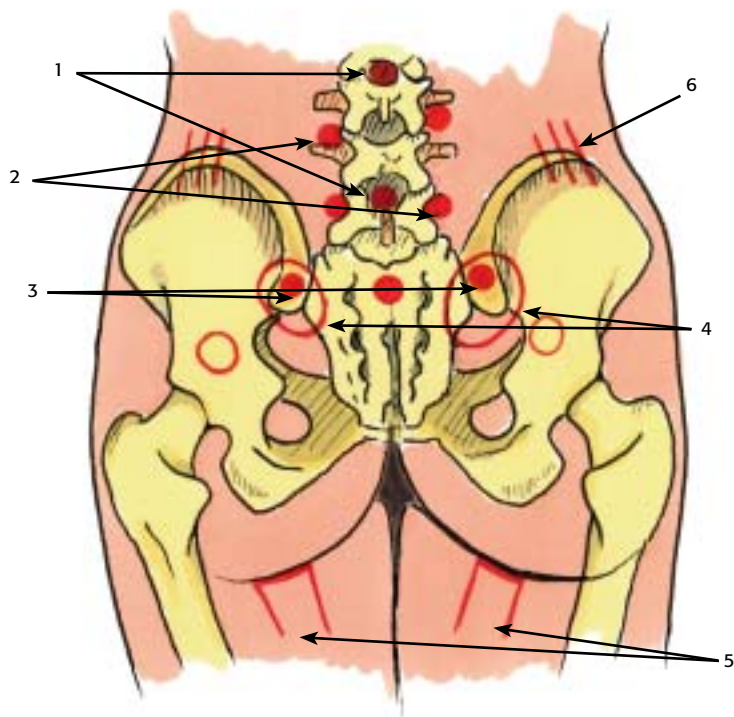
Kunt u een begin van de klachten aangeven? Belangrijk is om er achter te komen of er misschien iets gebeurd is dat tot een beschadiging heeft geleid. Sinds een val (zie Fractuur, pag. 99; Blokkering, pag. 77; piriformis syndroom, pag. 62)? Sinds de verhuizing (overbelasting van tussenwervelschijf: zie Chronische discopathie, pag. 64)? ‘Na het tuinieren’ (overbelasting: zie Chronische discopathie, pag. 64)? ‘Altijd na het voetballen’ (zie Chronische discopathie, pag. 64)? ‘Sinds de bevalling’ (zie Bekkeninstabiliteit, pag. 80)? Et cetera.

Soms levert dit een duidelijk aanknopingspunt op, soms niet. ‘Het is er geleidelijk aan ingeslopen.’ is natuurlijk een moeilijk antwoord. Maar als het begonnen is met ‘spit’, is de diagnose al half gesteld (zie: Spit, pag. 45). Ook het ontstaan na een ongeval maakt vaak al iets duidelijk.

Waar zit de pijn?

Soms zegt de lokalisatie van de pijn al iets van de mogelijke oorzaak, ofschoon dit vaak nog wat te vaag is.

Figuur 6



- Pijn direct naast de wervelkolom (2) wijst meer in de richting van de wervelgewrichten (facetgewrichten). Dit past bij gewrichtsontsteking of blokkering, maar ook bij lichte uitstraling vanuit het midden (zie Facetsyndroom, pag. 92).
- Precies op dat knobbeltje (3), links en/of rechts onder in de rug, wijst in de richting van de ligamenten (de 'scheerlijnen') onder in de rug (zie Ligamentair, pag. 78).
- Een iets groter gebied rond het bekkengewricht (SI-gewricht) (4) kan wijzen op het SI-gewricht (zie Blokkeringen, pag. 77). Vaak treedt ook hierbij een vage uitstraling op naar beneden in het been, passend bij 'non-radiculaire' prikkeling.
- De lokalisatie in de rug én net onder de bil (5) met een uitstraling in de kuit, vind ik vaak duidelijker wijzen in de richting van duraprikkeling (zie Duraprikkeling, pag. 58). Natuurlijk heb ik dan nog wel wat extra aanwijzingen nodig, maar toch telt dit duidelijk mee bij de beoordeling.
- Pijn op de bekkenkam vind ik vaag, maar lijkt meer te wijzen op spierpijn.
- Heel vaak zal iemand zeggen dat de pijn: zo maar van links naar rechts onder in de rug zit. Natuurlijk is dit vaag en zegt het nog weinig, maar het sluit ook wel weer andere dingen uit.

Straalt de pijn uit?

Deze vraag vinden artsen heel belangrijk, omdat ze hiermee een echte zenuwaandoening willen uitsluiten.

- Pijn onder in de rug met uitstraling (als pijn, als tintels of als mieren) tot in de grote teen betekent een aandoening van de L5 zenuwwortel. Zelf teken ik hierbij aan: 'tot het tegendeel bewezen is'. Uitstraling tot in de kleine teen en de zijkant van de voet betekent een aandoening van de wortel S1. Als u dit herkent, moet u naar de vragen onder Lijst 3. Uitstraling tot aan de knie, betekent mogelijk een aandoening van de wortel L4. U moet verder met de vragen uit Lijst 3.
- Uitstraling vanuit de rug naar 'net onder de bil' en naar de zijkant van de kuit, duidt voor mij op mogelijke duraprikkeling. Dit kan gemakkelijk overgaan in bovenstaande prikkeling van de zenuwwortel (radiculaire prikkeling, zie Duraprikkeling, pag. 58).
- Uitstraling met prikkeling die niet duidelijk naar de tenen, de zijkant van de kuit of de knie verloopt, is meestal 'pseudo-radiculair' (liever zag ik staan 'non-radiculair'). Deze uitstraling lijkt op radiculaire prikkeling, maar is het niet!

Hebt u last van een 'doof' gevoel?

Een écht doof gevoel, of liever ergens géén gevoel meer hebben, betekent dat er sprake is van gevoelsuitval en dus van een zenuwaandoening. Meestal komt dit door een zenuwafklemming. Dit dove gevoel kan ook tijdelijk zijn of onder invloed staan van een bepaalde stand van het lichaam. Zo kan iemand een doof gevoel krijgen tijdens liggen of lopen, wat verdwijnt tijdens zitten. Een doof gevoel in de voorzijde van het bovenbeen komt vrij vaak voor en wijst meestal op een niet ernstige zenuwafklemming (zie Meralgia paraesthetica, pag. 99).

Als er al sprake mocht zijn van uitval en een doof gevoel, dan vragen we ook naar de uitval van kracht, zoals: 'Hebt u soms een klapvoet?' of 'Sleept u misschien met uw been?'. Dit wijst duidelijk op zenuwuitval. Zie de vragen onder Lijst 3.

Hebt u pijn bij hoesten, niezen of persen?

Dit is een voor artsen verplichte vraag, omdat pijn bij hoesten, niezen of persen, wijst in de richting van een hernia. De plotselinge drukverhoging in het ruggenmergkanaal die tijdens dit hoesten, niezen of persen optreedt, betekent extra druk op de hernia (zie onder Hernia, pag. 45). Ook een niet stabiele tussenwervelschijf (zie hoofdstuk Instabiele discus, pag. 71) zal pijnlijk reageren op een dergelijke plotselinge druk. 'Alsof er een mes in mijn rug gestoken wordt, dokter! Trouwens persen op de WC is ook geen pretje.' De patiënt heeft de neiging om heel voorzichtig te hoesten of om de druk op te vangen door een beetje krom te gaan staan.

Pijn tijdens hoesten, niezen of persen heeft vrijwel zeker iets te maken met het ruggenmergkanaal, een hernia of discopathie.

Bij welke activiteiten hebt u last?

Ook het vragen naar pijn tijdens bepaalde activiteiten kan ons op het spoor van de aandoening zetten. Hieronder staat een grafiek over het optreden van pijn bij rugpatiënten tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (= ADL: activiteiten of daily life).

Zitten

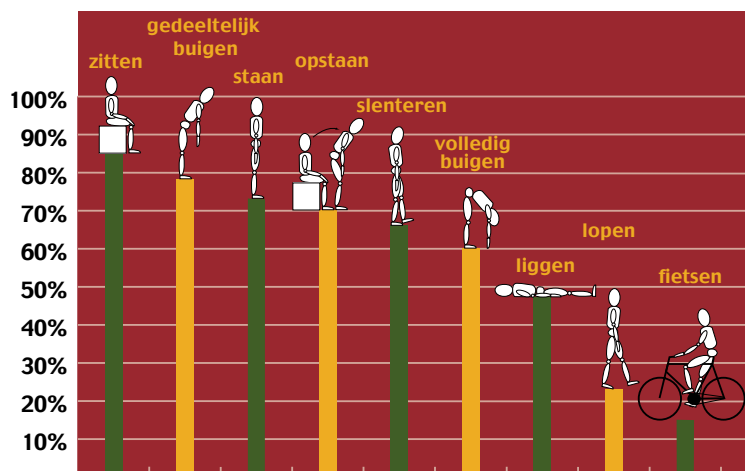
Scoort het hoogst als we vragen naar de dagelijkse activiteiten waarbij de patiënt last heeft. Zitten levert dus bij de meeste (85%) rugpatiënten pijnklachten op. Meestal wordt hierbij langdurig zitten bedoeld. Veel mensen geven te kennen dat ze na lang zitten erg stijf worden en moeten 'opkrikken' om op te staan en dan vaak nog even krom lopen. Dit wijst op een chronische discopathie (zie Chronische discopathie, pag. 64).

De halfgebukte houding

Ook zeer hoog (78%) scoort de halfgebukte houding. Denk hierbij aan: stofzuigen, afwassen, vegen en tanden poetsen. De pijn hierbij wordt overigens vaak links en/of rechts onder in de rug gevoeld. In het bijzonder bij de aanhechtingen van de iliolumbale ligamenten (de scheerlijnen, zie Ligamentair, pag. 78).

Staan

Denk bij staan aan stil staan zoals dat bij recepties gebeurt of als u in een rij staat te wachten. Dit lokt bij 73% klachten uit. Statistische belasting heeft vaak met de tussenwervelschijf te maken.



Figuur 7: Pijnklachten in relatie tot houding en beweging bij honderd rugpatiënten.

Wanneer staan daarentegen juist verlichtend werkt, denken we aan vasculaire claudicatio-klachten, de zogenaamde etalagebenen.

Opstaan

Opkomen vanuit zittende houding levert behalve stijfheidsklachten ('opkrikken' om recht te komen, zie Chronische discopathie, pag. 64) vaak ook pijn op. Dit kan zowel bij de discusaandoeningen als bij het facetsyndroom en bij de blokkeringen en de ligamentaire klachten.

Slenteren

Slenteren en winkelen is voor 66% van de patiënten pijnlijk, terwijl lopen, stevig wandelen of hardlopen maar voor 23% pijnlijk is. Wanneer lopen pijnlijk wordt, betreft het vaak typische afwijkingen. We noemden al de neurogene claudicatio, waarbij mensen vrijwel uitsluitend last hebben met het lopen, daarbij de kracht verliezen en met hun been gaan slepen. Dit is niet te verwarren met de vasculaire claudicatio waarbij sprake is van vaatvernauwing. Ook heupproblemen kunnen natuurlijk aanleiding zijn tot loopproblemen.

Bukken

Bukken gaat meestal dus iets beter dan de halfgebukte houding, maar levert nog altijd voor 60% van de patiënten problemen op. Uiteraard wordt tillen dan vaak nog een graadje erger. Moeilikheden met bukken of een tijdje krom staan, wijst vaak in de richting van chronische discopathie, pag. 64.

Liggen

47% van de patiënten heeft zelfs nog pijnklachten bij liggen, zodat dus meteen duidelijk is dat liggen of bedrust zeker niet altijd de beste remedie is. Soms blijken mensen niet meer goed plat op hun rug te kunnen liggen of niet meer goed op een zij. Dit kan bijvoorbeeld wijzen op een vernauwing in het ruggenmergkanaal, een recessusstenose (zoals bij de neurogene claudicatio), of een hernia waarbij men niet goed achterover kan. Pijnklachten die vooral optreden tijdens liggen, kunnen typisch zijn voor ontstekingen. Zo zullen de ziekte van Bechterew of andere reumatische aandoeningen zich vaak melden met nachtelijke pijnklachten. Indien jonge mensen van rond de twintig zich melden met pijn die 's nachts rond 2 uur optreedt, waarna ze niet meer in slaap kunnen komen, terwijl het overdag nog wel meevalt, dan moeten we zeker denken aan zo'n reumatische aandoening (zie Bechterew. pag. 97). Wanneer men 's morgens met opstaan zo stijf is dat men nauwelijks in zijn broek of sokken kan komen, dan is er zeker sprake van discopathie (zie Chronische discopathie, pag. 64).

Fietsen

Rugpatiënten zijn over het algemeen nog het beste af met fietsen. Slechts 15% geeft aan bij deze activiteit last te hebben en vaak hoor je dat mensen door te gaan fietsen juist even van hun pijnklachten af komen. Een enkele keer geeft men aan last te hebben met kuiltjes of hobbels in de weg, waarbij men maar uit het zadel gaat. Dit vind ik typisch voor aandoeningen van de tussenwervelschijf (zie Discopathie).

Voor mij is de grafiek in figuur 7 de aanleiding geweest om de achtergronden van rugklachten nog verder te onderzoeken en een antwoord te vinden op de vraag waarom zitten zo slecht en fietsen zo goed is. Hiervoor verwijs ik u naar de bijlage achter in dit boek.

verhoogde kans

Komen er veel rugklachten bij u in de familie voor?

Het zal vaker voorkomen dat rugklachten ook in de familie voorkomen, aangezien 80% van de bevolking minstens éénmaal in zijn leven rugklachten krijgt, maar als uw ouders en uw broer al een hernia gehad hebben blijkt u toch een verhoogde kans te hebben. Bedenk dan maar dat u dan racefietsbanden in de familie hebt, in plaats van crosswielen. Ook het voorkomen van reumatische aandoeningen bij een van de ouders of grootouders zou op erfelijke factoren kunnen wijzen.

Aanvullende vragen

Natuurlijk zijn er ook nog aanvullende vragen te stellen die een stukje extra informatie kunnen opleveren. Bent u bijvoorbeeld ooit geopereerd? In dat geval kunt u voor de negatieve invloeden daarvan misschien het hoofdstuk over het Toon Hermansyndroom lezen, pag. 87. Hebt u buikklachten of extra veel last tijdens uw menstruatie, zijn daarnaast vragen die ons op het spoor van de 'Interne aandoeningen' moeten zetten (zie Interne aandoeningen, pag. 85 e.v.).

Hebt u darmklachten of zelfs de ziekte van Crohn, dan worden reumatische aandoeningen waarschijnlijker (zie Bechterew, pag. 97).

Zijn er ooit foto's van uw rug en bekken gemaakt en is daarop iets gevonden?

De waarde van foto's is erg betrekkelijk, maar soms laat een foto wel iets van diagnostische waarde zien. Een fractuur, 3e graad lisschisis, reumatische veranderingen e.d. Toch laten röntgenfoto's niet alles zien en is aanvullend onderzoek met CT-scan, MRI of zelfs een botscan gewenst.

Onderzoek van de rug

Het is niet mijn bedoeling om het lichamelijk onderzoek hier uiteen te zetten, omdat dat waarschijnlijk wat lastig te interpreteren is en er dan eerder onduidelijkheid en onrust zou kunnen optreden. Toch zou ik graag enkele uitgesproken kenmerken, die u ook zelf gemakkelijk kunt vaststellen, hier naar voren willen halen.

Hoe loopt u?

Wanneer u een klapvoet hebt of met uw been sleept, hebt u een probleem met ‘zenuwen’ (de stroomdraadjes). U hebt uitval, zeggen we dan. De vraag is alleen nog of dit recent ontstaan is óf dat het al jaren bestaat.

Bent u een jonge vrouw en loopt u waggelend als een eendje bij uw huisarts binnen, dan is de kans groot dat hier sprake is van bekkeninstabiliteit. Mensen met een versleten heup hebben weer een typisch looppatroon (zie Coxartrose, pag. 84).

Stand van de rug

Staat en loopt u al of niet uit het lood? Wanneer we een loodlijn zouden neerlaten vanaf het midden van uw achterhoofd, komt die dan wel of niet tussen uw enkels uit? Als u echt scheef staat, dus fors uit het lood, dan hebt u in de regel iets aan uw tussenwervelschijf. Spit, acute lumbago of zelfs een hernia komen hierbij in aanmerking. Eigenlijk is de diagnose dan al praktisch gesteld. Nu nog weten of er zenuwuitval is of niet.

Anderen zullen in dit geval wellicht vooral tegen u zeggen: ‘Ga toch recht staan. Geen wonder dat je last van je rug krijgt.’

uit het lood staan

Bewegen

- Indien u veel minder goed kunt bukken of strekken dan voorheen, betekent dit dat er iets fout is. Vaak komt dit voor bij een aandoening van de tussenwervelschijf. Die kans is nog groter wanneer u scheef naar voren buigt.
- Wanneer u na even krom gebukt staan moet ‘opkrikken’ om recht te komen, is er zeker iets mis met een tussenwervelschijf en denken we aan chronische discopathie.
- Wanneer u in de loop van een jaar geleidelijk aan steeds stijver geworden bent bij bewegingen in alle richtingen, zou dit reumatisch kunnen zijn (zie Bechterew, pag. 97).
- Wanneer u bij het voorover buigen uitstraling voelt in uw been en tintelingen in uw teen krijgt, dan kan er een zenuw in de klem zitten. Als het buigen van uw hoofd vanuit deze gebogen positie

dit nog versterkt, is de kans zelfs iets groter. Dit geldt ook wanneer u daarbij de neiging hebt om uw been maar naar achter uit te strekken.

- Wanneer u niet goed naar een kant opzij kunt buigen, zou er wel eens iets klem kunnen zitten of klem kunnen komen te zitten tijdens die beweging. Wanneer u absoluut niet naar een kant kunt buigen, maar wél naar de andere kant, dan hebt u een éénzijdige fixatie en mogelijk staat u dan ook scheef. Dit wijst weer op een aandoening van de tussenwervelschijf.

Zitten

zenuwafklemming

Wanneer u niet meer goed met gestrekte benen op de grond kunt zitten, kan er een zenuw in de klem zitten. Kunt u uw been nog wel goed gestrekt naar boven bewegen wanneer u op uw rug ligt? Als dit niet lukt, kan dat wijzen op zenuwafklemming.

Liggen

Wanneer u niet graag meer met gestrekte benen plat op uw rug ligt, wijst dit vaak op een discopathie of een dreigende zenuwafklemming.

Indeling van mogelijk structurele oorzaken

Het vragen stellen, de anamnese en het onderzoek door de huisarts, kunnen naar schatting in 10% van de gevallen tot een specifieke oorzaak voor de rugklachten leiden. In de meeste gevallen betreft het echter de aspecifieke rugklachten die de dokter wel als zodanig herkent, maar waarvoor hij geen aanwijsbare oorzaak, noch pijnbron kent. In dit hoofdstuk zetten we oorzaken voor u op een rijtje.

Spit

U bukt om een potlood op te rapen en nog vóór u er bent, pats! Het schiet u acuut in uw rug. U staat scheef en krom en u kunt geen kant meer op. Links of rechts, op of neer, het wil allemaal niet meer lukken en in een kruiwagen afvoeren lijkt nog de enige mogelijkheid, maar zelfs dat doet vreselijk zeer. Eén troost: meestal is het in een paar dagen weer over!

We hebben het over spit (in de volksmond), acute lumbago (in de papieren van de dokter) of Hexenschuß (zoals ze het verschijnsel in Duitsland noemen), allemaal benamingen voor één en dezelfde aandoening.

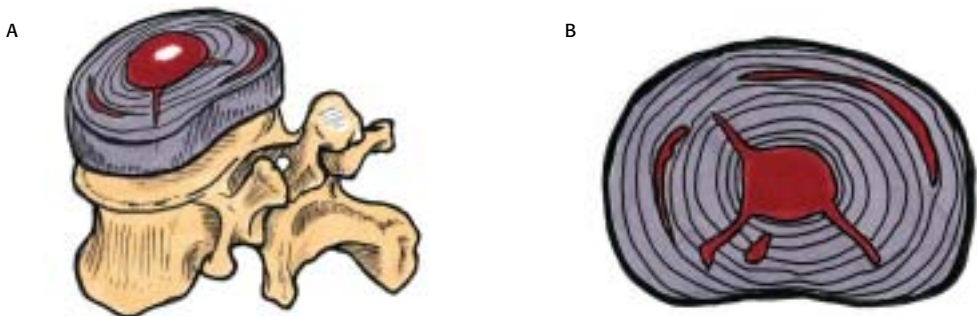
Ofschoon de oorzaak van spit medisch nog steeds onduidelijk is en hierover nog de nodige discussie bestaat, houd ik het hierbij op een 'verstuiking' of een scheurtje in de wand van de tussenwervelschijf, dat in grootte kan variëren. Net zoals je door je enkel kunt gaan, zo kun je óók door je rug gaan.

scheurtje in de wand van de tussenwervelschijf

Hernia

Als u door uw rug gaat, ontstaan er scheurtjes in het bandapparaat. De verstuiking van uw enkel betekent dat de enkelbanden rekken of inscheuren, en daarbij zelfs totaal kunnen doorscheu-

Figuur 8: A. Wervel met tussenwervelschijf, waarin scheurtjes zitten. B. Scheurtjes in de tussenwervelschijf.



ren. In de rug gebeurt dit in de annulus van de discus of in gewoon Nederlands: in de wand van de tussenwervelschijf. Meestal gaat het om kleine scheurtjes, maar als u héél veel pech hebt, kan de wand ook in één keer doorscheuren en dan spreken we van een hernia, wat 'breuk' betekent. Daarbij kan dan het binnenste van de tussenwervelschijf, de kern (nucleus), naar buiten komen. Denk eens aan een fietsband waarvan de buitenband het begeeft en de binnenband naar buiten uitpuilt. Dat is te vergelijken met een hernia waarbij de kern uitpuilt door de wand van de tussenwervelschijf heen.

Tot een hernia komt het bij meer dan 90% van de spitaanvallen echter niet en zover zal het hopelijk ook nooit komen. Eerst zijn het kleine scheurtjes in de fietsband, later komt er een bobbel op de buitenband en nog later kan er tóch een klapband ontstaan. Maar vaker loopt eerst de fietsband leeg en met een lege band krijgt u géén klapband meer. Dus als het u al een paar keer in de rug geschoten is, lijkt de kans op zo'n klapband, dus hernia, kleiner. Net als bij fietsbanden is de eerste klap meestal een daalder waard. Vooral bij een volle fietsband treedt een klapband op en niet wanneer die band al bijna leeg is.

Zwakke plek

Spit is een volksziekte die heel vaak voorkomt. Meestal begint het al op jonge leeftijd (15-25 jaar) met vertillen aan iets zwaars. Later komt het dan steeds gemakkelijker en vaker terug. Net als wanneer je één keer door je enkel gaat, dit later steeds vaker kan gebeuren, zo kun je ook steeds vaker door je rug gaan.

Regelmatig zit er ook een erfelijke factor bij. Als je vader vroeger ook al gemakkelijk spit kreeg en je broer óók, dan heb jij ook meer kans. Bedenk dan maar dat jullie niet zulke sterke fietsbanden in de familie hebben.

Advies bij spit? Even kalm aan, misschien zelfs één of twee dagen écht rust, wanneer u écht geen kant uit kunt. Maar dan verder zo veel als enigszins mogelijk bewegen, waarbij een beetje pijn best mag. Ga fietsen of lopen en u lost het probleem meestal binnen twee tot tien dagen op.

Als de pijn niet in de benen uitstraalt, is de dokter hooguit voor uw geruststelling nodig. Hij kan nauwelijks meer voor u doen dan pijnstillers (analgetica) of ontstekingsremmers (antiflogistica) en spierontspanners voorschrijven. Fysiotherapie of manuele therapie is echt nog niet nodig, want het is niet bewezen dat u dan sneller beter bent. Warmte en massage zijn natuurlijk wél lekker! Maar van de andere kant, om bij de therapeut te komen is vaak een hele toer als je zo scheef en krom staat en geen vin kunt verroeren.

Beweging

Probeer zo véél mogelijk in beweging te blijven, want dan bent u echt eerder beter. ‘De tussenwervelschijf leeft bij de gratie van beweging.’ Wanneer u géén uitstraling in uw benen hebt, is bewegen de beste remedie en hoeft u zich géén zorgen te maken. Wanneer u afwisselend en beweeglijk werk hebt, kunt u zonder veel risico ook proberen gewoon aan het werk te blijven. Waarschijnlijk bent u dan zelfs eerder beter. Het zal u minder schaden dan wanneer u thuis in de stoel blijft zitten. Maar als u ziek thuis blijft, wat de eerste dagen zeker begrijpelijk is, bedenk dan dat u beter ‘in de ziektewet kunt lopen’ dan ‘in de ziektewet zitten’. Lopen betekent immers méér beweging en daarmee een betere verzorging van uw tussenwervelschijven.

‘Ga toch fietsen!’

Fietsen is volgens mij misschien nog wel de beste manier om spit te voorkomen. Maar vaak schiet het er toch, zo maar om niets, weer in. Op den duur neemt het dan wel weer af, vooral wanneer de tussenwervelschijf eenmaal ingezakt is, maar dat wordt in het hoofdstuk Behandeling nog verder uitgelegd.

Bulging disc

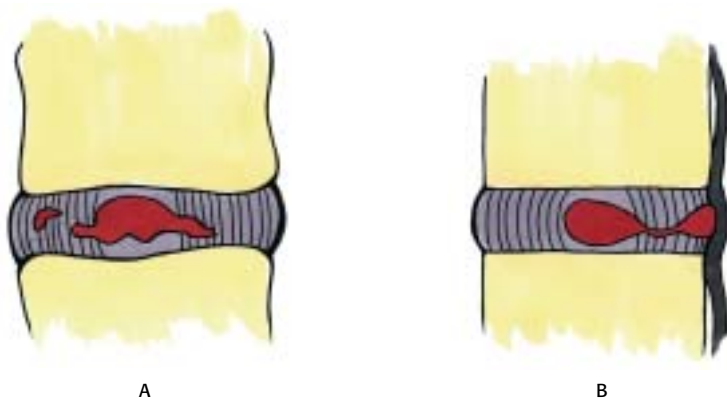
We spreken van een ‘bulging disc’, of discusprotrusie, wanneer de kern (de nucleus) van de tussenwervelschijf een klein beetje gaat uitpuilen (zie figuur 8A). Eerder omschreef ik het als een ‘bobbeltje’ op een fietsband waarvan de buitenband nu toch wel erg dun aan het worden is. Door inwendige scheurtjes in de ring van

Sybrand

Sinds 3 jaar kamp ik met vreselijke pijn in mijn onderrug. Mijn huisarts verwoordde dit steeds als spit. De pijn trok na een bepaalde periode ook wel weer weg, maar ik hield wel steeds een stekende pijn in mijn benen. Toen ik op een zaterdagmorgen in juni wakker werd, was de rugpijn zo erg dat ik niet meer kon lopen, liggen, staan enz. Niks voelde meer prettig en verminderde de pijn. Ik ben hier toch maar weer mee naar de huisarts gegaan waarop ik na enkele test gelijk doorverwezen werd naar een neuroloog. Hier zou ik donderdags terecht kunnen, en ik ben ook diezelfde dag meteen opgenomen in het ziekenhuis. Tien dagen vol-

ledige bedrust, stress zeiden ze. Na de MRI werd geconstateerd dat ik een bulging discus had, wel een duidelijke uitstulping, maar net geen hernia. Na een second opinion omdat het allemaal wel erg lang duurde, werd geconstateerd dat ik ook een zware discopathie had die een uitstulping veroorzaakte. Het gevolg hiervan is dat ik nu bijna dagelijks geen gevoel meer heb in mijn linkerbeen. Deze neuroloog heeft mij daarom ook doorverwezen naar Nijmegen. Van de week heb ik een brief ontvangen waarin mij werd verteld dat er een wachttijd van 3 tot 6 maanden is. Moet nog maar afwachten hoe ik die tijd kan overbruggen met zo min mogelijk pijn.

Figuur 9: A. Lichte discopathie als na Spit.
B. Bulging disc.



de tussenwervelschijf (de annulus) dreigt de kern nu naar buiten te komen. Breekt de buitenband daadwerkelijk helemaal door en komt de binnenband echt naar buiten, dan spreken we meestal van een discusprolaps. Op de MRI kun je dit uitpuilen zien. De radioloog en de neuroloog zijn gewend om van een 'bulging disc' te zeggen dat dit géén hernia is, maar dat dit beetje uitpuilen nog wel kan. Toch vind ik een 'bulging disc' wél een passende diagnose, die aangeeft dat de tussenwervelschijf beschadigd is en op het punt staat om door te breken. Dit laatste hoeft natuurlijk niet te gebeuren, zeker niet wanneer de tussenwervelschijf en het balletje langzaam inzakken en uitdrogen. Vergeleken met een fietsband, kun je dan zeggen dat het niet zo erg is wanneer de binnenband langzaam wat meer leegloopt. Immers een slappe band zal niet gemakkelijk leiden tot een klapband. Bij het ontstaan van een hernia is het al net zo: de eerste klap is een daalder waard.

Ischias

storing in elektriciteitsvoorziening van het been

Als u in het medische woordenboek kijkt, ziet u onder 'Ischias' staan: 'heupjicht' met een verwijzing naar 'ischialgie'. Ik denk dat de dokter niet bedoelt dat u heupjicht hebt, maar dat hij bedoelt dat u ischialgie hebt. Deze term verwijst dan weer naar dé grote zenuw in je been, de nervus ischiadicus. Met ischias bedoelt hij: u hebt pijn in het verloop van de nervus ischiadicus en mogelijk is die zenuw geïrriteerd of aangedaan. Men spreekt ook wel van ischialgieforme klachten. Toch vind ik deze terminologie verwarrend. Die verwarring wordt opgeroepen door het feit dat het niet duidelijk aangeeft of die zenuw nu wél of niet aangedaan is. Het is meer zo iets van: het lijkt erop, maar zeker weten doe ik het (nog) niet.

De nervus ischiadicus (de ischias zenuw) is opgebouwd uit een aantal zenuwtakken die vanuit de rug naar het been lopen. Eigenlijk is de Ischiadicus dus een bundel zenuwtakjes, zoals wanneer

een elektricien een aantal stroomkabels in één pvc-pijp stopt. Populair gezegd zorgen die zenuwtakken voor de elektriciteitsvoorziening in het been. Wanneer de ischiadicus in zijn geheel, of de afzonderlijke takken in de ischiadicus ergens worden geïrriteerd of afgeklemd, treden er tintelingen op of dove gevoelens, of het gevoel van 'mieren die door mijn been lopen.' Er kan natuurlijk ook pijn in het been optreden. Voor de diagnose blijft van wezenlijk belang of de ischiadicus nu wél of niet aangedaan is.

Hernia

De hernia of HNP (Hernia Nuclei Pulposi) is als rugprobleem waarschijnlijk het meest bekend. Sinds Mixter en Barr in 1934 het beeld van een discusruptuur (scheur in de tussenwervelschijf) publiceerden, veranderden de ideeën met betrekking tot de bron van rugklachten volledig. Stond voor die tijd vooral het bekkengewricht nog in de belangstelling, na die tijd en ook nu nog lijken alle ogen gericht op de tussenwervelschijf.

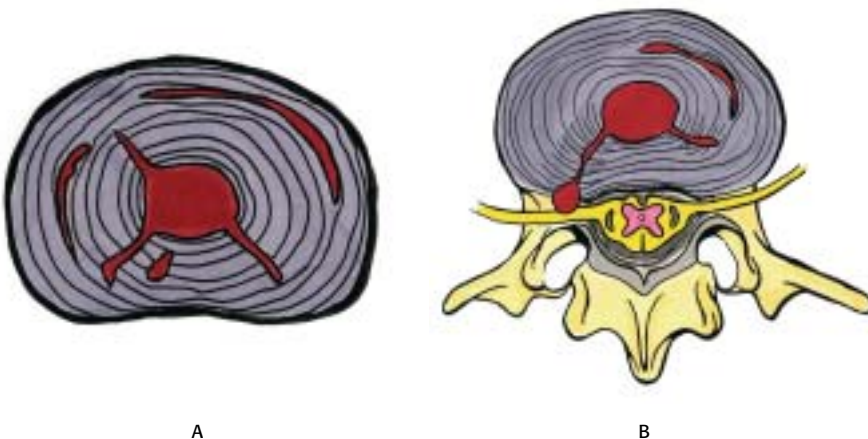
alle ogen gericht op de tussenwervelschijf

Breuk

'Hernia' staat voor 'breuk'. Zo is een liesbreuk een hernia inguinalis en een navelbreuk een hernia umbilicalis. Dé hernia is een breuk van de nucleus pulposus (de kern van de tussenwervelschijf) door de wand van de tussenwervelschijf. Met andere woorden, de kern puilt uit door een scheurtje in de wand (annulus) van de tussenwervelschijf (discus).

Op figuur 10 zie je hoe er scheurtjes kunnen bestaan in de wand van de tussenwervelschijf en hoe de inhoud van de tussenwervelschijf door een scheur naar buiten kan komen en op een zenuwtak kan drukken. In de paragraaf over spit en de nog komende

Figuur 10: A. Scheurtjes in de wand. B. Hernia door de wand.



paragraaf over discopathie staat dit al uitgelegd. Nu zie je hoe de vezelringetjes totaal doorgescheurd zijn en de inhoud van de kern (de nucleus pulposus) naar buiten komt. Eerder vergeleek ik dit met een uitpuilende binnenband. Dit is dus een hernia. Lastig en verwarrend zijn het taalgebruik en de definities die artsen bij een hernia gebruiken. Er doen meerdere uitdrukkingen de ronde om verschillen in de mate van uitpuilen aan te geven. Jammer genoeg hanteert niet iedereen dezelfde uitdrukkingen.

Wanneer u de voorbeelden A, B en C in figuur 11 bekijkt, zal de tussenwervelschijf onder A veelal 'normaal' genoemd worden, zelfs als men een MRI maakt, een afbeelding waarmee men ook de zachte weefsels zichtbaar kan maken. Hier bestaat hooguit een inwendig scheurtje in de tussenwervelschijf, dat je al of niet op een MRI kunt waarnemen, en als je het inderdaad al kunt waarnemen, dan nog zal men dit niet als ziekte beschouwen. Maar afhankelijk van drukbelasting zoals onder B en bij achteroverbuigen als onder C kan de situatie en het gevolg net even anders zijn. Bij situatie C kan zelfs al enige duraprikkeling, irritatie van de hoes van het ruggenmerg, optreden. Zit of ligt u met een bolle rug, dan valt het nog wel mee, maar rechtop lopen of liggen met een holle rug kan tot pijn leiden.

Wanneer de scheur verder doorloopt (B) en daardoor de tussenwervelschijf wat bolling laat zien, spreekt men van een bulging disc. Een bobbeltje op je fietsband dus. Zoals al vermeld vinden de meeste artsen toch dat een bulging disc géén hernia betekent

Figuur 11



en in veel gevallen wordt een bulging disc dan ook ‘normaal’ genoemd.

Protrusie

Komt de kern bijna naar buiten, maar is de ring (annulus) nog niet volledig doorgescheurd, dan spreken we van een ‘gewone discushernia’ of een ‘protrusie’. Hierbij is de buitenband dus wel erg dun, maar zien we de binnenband nog steeds niet! De ring heeft door de scheurtjes zeker aan stevigheid ingeboet, maar is nog niet volledig stuk en heeft nog enige elasticiteit.

Eén stap verder en er is sprake van een ‘discusprolaps’, ‘discusextrusie’ of ‘sekwestratie’, waarbij een deel van de discus zich naar buiten perst door een gat in de annulus (zie figuur 10). Nu is de hernia dus meer dan compleet! Echte sekwestervorming betekent dat stukjes van de kern zelfs min of meer los in het rugmergkanaal terechtkomen.

Verwarring

Door deze al te strikte indeling door benaming ontstaat gemakkelijk verwarring. Het meest verwarrende hierbij vind ik dat men liefst pas van een hernia spreekt wanneer aan allerlei kenmerken of criteria is voldaan. Deze kenmerken moeten dan volgen uit verder onderzoek zoals een röntgenfoto, een contrastfoto, een discografie, een CT-scan of MRI-onderzoek. Maar ook speelt het al dan niet hebben van zenuwafklemming of irritatie van de zenuw een doorslaggevende rol bij dit besluit. Toch vind ik dat vaak wat té kunstmatig. Voor mij is het alsof je pas van een zwangerschap wilt spreken wanneer je de baby voelt schoppen en niet eerder dan dat. Voor mij geldt: ‘je bent zwanger of je bent het niet.’ Een tussenwervelschijf is wél of niet beschadigd. Dit doet wél of geen pijn. Desnoods heb je dan ook maar een heel kleine of een hele grote hernia.

Deze discussie wordt natuurlijk vooral aangezwengeld door de vraag hoe erg het ene stadium nu wel is ten opzichte van het andere stadium. Maar daarover is het laatste woord nog lang niet gezegd

Voor mij is er sprake van een vervolgverhaal. Het begint met één (klein of groot) scheurtje in de vorm van een spit-aanval (zie paragraaf ‘Spit’). Soms lijken de scheurtjes zelfs ook zonder acute aanval te kunnen ontstaan, maar dan is sprake van meer chronische overbelasting.

Door een bepaalde beweging wordt het balletje (de kern of nucleus pulposus) opzij door de ring (annulus) gedrukt. Bij een tweede of derde aanval kan het scheurtje steeds groter worden, tot de ring ten slotte volledig doorscheurt en er een echte hernia ontstaat.

Baud (1976), die een zeer leesbaar, geestig en verhelderend boekje schreef over *Leben mit der Bandscheibe, und - gelegentlich auch – mit einem Lächeln!* vatte het proces van spit tot hernia in de volgende bewoordingen samen:

In den beginne was er... de scheur

- ◆ de scheur verwijdt zich
- ◆ de verweking neemt toe
- ◆ de tussenwervelschijf verschrompelt



- ◆ gescheurde gewrichtsbanden
- ◆ spierverrekking
- ◆ gewrichtsverdraaiing
- ◆ hernia



- ◆ verkramping
- ◆ ontstekingsreactie
- ◆ druk op de zenuwen



PIJN

- ◆ zoals bij:
- ◆ lumbago
- ◆ spit
- ◆ ischias
- ◆ torticollis
- ◆ achterhoofdmigraine



Ik vergelijk een bulging disc liever met een ‘beginnende hernia’, omdat ik een bulging disc zie als de eerste fase van een hernia. Zoals eerder gesteld is voor mij een bulging disc dan ook géén normale discus.

Pijn

De moeilijkheid in dezen is ook het fenomeen pijn en de eventuele gevolgen van een hernia. Té gemakkelijk nemen we aan dat een hernia wel pijnlijk zal zijn en dat een hernia ook aanleiding geeft tot zenuwuitval. Dat is regelmatig wél zo, maar dat is niet per se zo, en lang niet altijd. Als je dat altijd verwacht, kom je

vaak bedrogen uit en zul je regelmatig in de war gebracht worden. Wanneer een hernia bijvoorbeeld aan de voorzijde van de tussenwervelschijf optreedt, zal deze nooit aanleiding tot zenuwuitval geven, omdat de zenuwen daar niet langs lopen. Dat geldt ook voor de zijkant en misschien soms ook wel ooit aan de achterzijde.

Zenuwuitval bij een hernia treedt pas op wanneer een zenuw permanent óf voorbijgaand (passagère) in de klem gezet wordt. Dit kan heel kort of langdurig zijn en kan ook sterk afhangen van een bepaalde stand of houding. Het kan zijn dat de hernia vooral uitpuilt wanneer je naar achteren buigt en dat dan zenuwafklemming optreedt, die er niet is wanneer je voorover buigt. Bekend is het voorbeeld van de neurogene claudicatio (zie paragraaf Neurogene claudicatio) bij een kleine hernia.

Sinds er veel MRI-onderzoeken gedaan worden, weten we ook dat hernia's vaak gezien kunnen worden bij mensen die in totaal géén last van hun rug (meer) hebben. Wanneer de scheur 'tot rust gekomen is' en de hernia wat gaat verschrompelen en de zenuwen daarbij niet geïrriteerd zijn, hoeft iemand geen last meer te hebben, terwijl de MRI nog steeds een hernia laat zien. Het is dus niet verstandig om een hernia automatisch te koppelen aan zenuwafklemming of aan pijn. Wat gebeurt er immers bij het ontstaan van een hernia?

Eerst is er een scheurtje in de annulusring. Doet dat pijn? Alléén in de buitenste rand van de ring zit gevoel, dus als het een beetje een behoorlijke scheur is, doet het wel pijn. Wellicht ontstaat de pijn doordat er bij een scheurtje (net als bij een sneetje in je vinger) stoffen vrijkomen die zenuwen prikkelen en oproepen tot een reactie. Zijn die stoffen weer verdwenen, dan is ook de pijnprikkel verdwenen. Trouwens, vaak lijkt het scheurtje in het hart van de tussenwervelschijf te beginnen, zodat pijnprikkels uitblijven.

Wanneer een hernia zodanig uitpuilt dat er druk op een zenuwtak optreedt, dan zal er meer of minder pijn optreden, maar pas nadat er ontstekingsreacties in de omhulsels van de zenuw zijn opgetreden. Druk op een niet ontstoken zenuw geeft wel reactie, maar geen pijn! Om dat te kunnen begrijpen, helpt het als we weten hoe een zenuw werkt.

Werking van de zenuw

Een zenuw is een soort stroomdraadje met koperdraadjes binnenin om de stroom door te laten en plastic buitenom, om te isoleren. Bij de uittreedplaatsen van de zenuw uit het ruggenmergkanaal ligt er ook nog eens een extra beschermhoesje omheen teneinde de kabel tegen al te veel wrijving te beschermen. Die hoes loopt trouwens door in het hele ruggenmergkanaal als de zogenaamde dura mater.

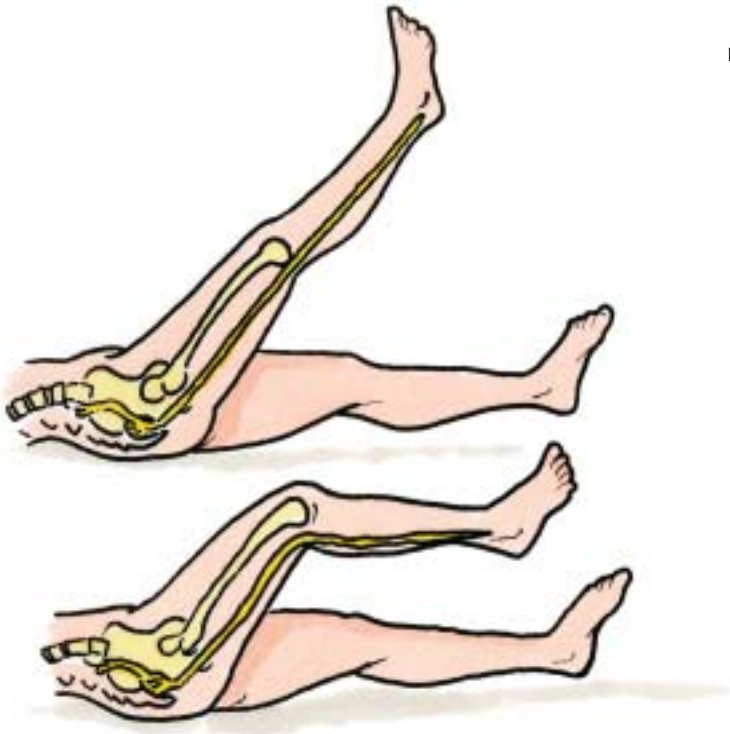
De koperdraden zijn bedoeld voor de ‘stroomgeleiding’. Zij sturen alle prikkels uit uw huid, spieren, bindweefsel en botten via het ruggenmerg door naar de hersenen, de ‘centrale’. En vanuit deze centrale worden opdrachten of reacties via deze stroomkabels verstuurd naar de huid, spieren, botten en andere weefsels. Dus als je met je vinger aan een hete plaat komt, registreer je dit onmiddellijk via deze zenuwen. Het signaal wordt direct doorgegeven aan de centrale. Vervolgens geeft de centrale onmiddellijk het commando om de vingers en arm terug te trekken.

De zenuwen vervoeren dus signalen, berichten, van en naar de centrale. En de zenuw is zelf maar een stroomdraadje, met plastic en op sommige plaatsen een extra hoesje er omheen. Het plastic heeft zelf niet zo veel gevoel, het hoesje echter, heeft wel veel gevoel. Hoe vreemd dus ook heeft een zenuw zelf maar weinig gevoel. Alleen wanneer er erg veel irritatie of ontstekingsreactie in het plastic bestaat, doet het zeer. Wanneer een zenuw vrij abrupt wordt afgekneld, kan het zelfs zijn dat dit totaal geen pijn veroorzaakt! Zo kan een acute forse hernia er voor zorgen dat iemand zonder pijn te voelen het gevoel en de kracht in zijn been kwijtraakt. Geleidelijke afklemming echter zal door een toename van de ontstekingsreactie meestal meer pijn veroorzaken. Injecties met ontstekingsremmers, zoals corticosteroïden, zullen de pijn bij een hernia dan ook drastisch kunnen verlichten, zonder dat echter de hernia verdwijnt.

Pijn is dus zeker niet altijd de beste graadmeter voor de stand van zaken! En u zult begrijpen dat de simpele mededeling van u hebt wél of geen hernia (ook geen kleintje) dus ook lang niet alles zegt. En dat dit ook lang niet altijd alleen van iemands pijn-drempel afhankelijk is.

Samenvatting

- Een hernia kan klein of groot zijn.
- Een hernia kan in principe aan alle kanten van de annulusring zitten, zelfs aan de boven- of onderkant!
- Een hernia hoeft niet altijd zenuwafklemming te veroorzaken.
- Een zenuwafklemming kan incidenteel zijn en houdingsafhankelijk.
- Een zenuwafklemming hoeft niet altijd pijnlijk te zijn.
- Irritatie van de zenuwkabel zelf kan soms pijn doen.
- Irritatie van de beschermhoes van de zenuwkabel (de dura mater) is vaker pijnlijk, omdat die hoes veel gevoel heeft.
- Het rekken van een geïrriteerde zenuwkabel of hoes, veroorzaakt meer last.



Figuur 12: Proef van Lasègue.

Proef van Lasègue

Het rekken van zenuwkabels betekent zoiets als wanneer een elektricien aan een bundel kabels trekt die door een pvc-pijp lopen. Dat gaat alleen goed als er niets klem zit. Wanneer men het been omhoog beweegt (zie figuur 12), komt de zenuw strak te staan en moet deze wel iets mee gaan geven. Wanneer de zenuw echt klem zit, zal dat niet lukken en kan men het been niet meer zonder pijn naar boven krijgen. Voor de dokter is deze test (de proef van Lasègue) dan ook de proef op het klem zitten van een zenuw.

Er bestaat ook een omgekeerde Lasègue, waarbij men het been naar achteren beweegt en de nervus femoralis oprekt, die aan de voorzijde in het bovenbeen loopt. Heel bijzonder is ook dat hoesten, niezen en persen pijnlijk is bij het bestaan van een hernia (dit kan trouwens ook pijnlijk zijn bij een bulging disc of bij een instabiele discus (zie paragraaf Bulging disc of instabiele discus)).

Tijdens hoesten, niezen en persen ontstaat een verhoogde druk in het ruggenmergkanaal. Deze plotselinge extra druk op de hernia of de beschadigde tussenwervelschijf roept heftige pijn op. Door te bukken of voorzichtig te niezen, probeert de patiënt dit vaak te ondervangen. Meestal gaat hij een beetje krom staan, 'in stelling staan', om de pijn te voorkomen of op te vangen.

uitval

Radiculair Syndroom

Radix betekent eigenlijk wortel. Met een radiculair syndroom bedoelen we dus een syndroom (dat is een verzameling van symptomen of verschijnselen) van de wortel van een zenuw. De wortel mag je dan uitleggen als de oorsprong van een zenuw, nabij de uittreedplaats uit het ruggenmerg. De wortel ligt in het ruggenmergkanaal en wordt omgeven door een hoes, de dura mater. Wanneer de wortel wordt geïrriteerd en/of afgeklemd, ontstaat er wortelirritatie en mogelijke zenuwafklemming. Volledige zenuwafklemming leidt tot uitval. Net als wanneer een stroomdraadje breekt en het licht uitvalt, zal bij volledige afklemming uitval optreden. Dat betekent:

- uitval van gevoel (sensibiliteit);
- uitval van reflexen (spierreflexen die met de reflexhamer kunnen worden opgewekt);
- uitval van kracht (motoriek); spieren kunnen niet meer worden aangestuurd, het commando komt niet meer over, de verbinding is verbroken; wanneer een dergelijke uitval langer bestaat, treedt het verdwijnen van spierweefsel op (atrofie).

Gedeeltelijke afklemming leidt allereerst tot uitval van gevoel, omdat de 'gevoelsdraadjes' meer aan de buitenkant liggen. De kracht en motoriek blijven daarbij nog intact. De reflexen kunnen al wel verzwakt zijn.

Slechts af en toe afklemming

Passagère-uitval betekent dat er het ene moment géén uitval bestaat en het andere moment wel. De zenuw raakt slechts af en toe afgeklemd. Dit gebeurt bijvoorbeeld soms tijdens het lichamelijk onderzoek, door iemand achterover én opzij te laten buigen. Als dan de zenuw in de klem komt, schiet er een scheut door de zenuw naar beneden en kunnen tintelingen en dove gevoelens optreden wanneer men deze houding langer aanhoudt. Op deze

Petra

Ik kom net van een bezoek aan chiropractor, die na een onderzoek vaststelde en ik zelf ook, dat het gevoel in mijn rechterbeen veel minder is dan links. Verder legde hij mij uit dat de discus op L4/L5-niveau steeds weer gaat drukken tegen de zenuwbaan, die nu dan beschadigd is. Er zit geen blokkade meer. Maar wat is nu precies een discus? Is dat een tussenwervelschijf?

Hij kon ook niet begrijpen dat ik mijn werk nog kon doen, omdat zitten (ik werk zittend) de meeste pijn doet. Dan heb ik het gevoel dat er iets klemt. Dat klopt dus dan ook. Wat ik niet begrijp is waarom ze dit niet op de MRI hebben gezien? Volgens hem zit ik toch tegen een hernia aan en hebben de klachten die ik heb gewoon tijd nodig, echt maanden dus en het duurt al 3 maanden...

manier kan de arts ook testen of er aanwijzingen voor afklemming bestaan. Het kan zijn dat u dan bijvoorbeeld alleen uitval ervaart tijdens lopen of liggen (zie Neurogene claudicatio, pag. 59).

Indien er irritatie van de stroomkabel bestaat zonder dat er afklemming optreedt, komt er géén uitval voor. Wel kan er dan prikkeling en 'een gek gevoel' optreden. Wanneer de hoes/dura mater geprikkeld is, treedt uitstraling en prikkeling op volgens een duraal patroon (zie paragraaf Duraprikkeling, pag. 58).

Medicatie

Afklemming kan dus leiden tot uitval, maar deze uitval kan verminderen door het gebruik van ontstekingsremmers. Betekent dit dan dat door het gebruik van deze ontstekingsremmers de hernia kleiner wordt en daardoor ook de afklemming minder wordt? Nee, de hernia wordt waarschijnlijk niet kleiner, maar door het afnemen van de ontstekingsverschijnselen rond de zenuwkabel, ontstaat er weer meer ruimte voor de kabel. Stel dat uw vinger klem zit, dan zal hij opzetten. Door dit opzetten komt hij nog meer in de klem te zitten. Wanneer u dit opzwellen met medicijnen kunt tegengaan, zit hij minder klem.

Gemakkelijker

Indien er volledige afklemming en uitval bestaat, wordt het stellen van de diagnose wel gemakkelijker. Iedere zenuwwortel ver-

Hans

Ik ben 33 jaar en heb al ruim tien jaar last van rugklachten. De laatste twee jaar is de pijn erger geworden. Al die jaren kreeg ik als recept pijnstillers zoals paracetamol en diclofenac. Maar helaas, die medicijnen helpen niet. Ook loop ik al vanaf januari 2004 bij de fysio. Krom van de pijn heb ik me weer gemeld bij de huisarts, die mij eindelijk na jaren doorverwees naar een orthopeed in het ziekenhuis. Na het maken van röntgenfoto's en MRI wezen mijn klachten op een hernia. De arts verwees mij intern door naar een neuroloog, waar ik vandaag geweest ben. Na een intakegesprek dat werd afgenomen door een co-assistent, kreeg ik een gesprek met de neuroloog die mij ook vertelde dat het een hernia is. Hij was er niet zeker van of hij mij zou doorsturen naar een neuro-

chirurg die de hernia-operaties verricht. Misschien was pijnbestrijding een oplossing. Omdat de pijn minder was geworden en ik nu geen uitstralingen meer had in mijn benen, was de kans groot dat het wel mee zou vallen. Ik moest maar over drie weken terugkomen om te kijken of de pijn minder was geworden. Met een recept (iets zwaardere pijnstiller) ben ik naar huis gestuurd. Ik heb het idee dat de arts mij niet serieus nam. Hij schommelde zijn hoofd van links naar rechts en bleef redelijk lang naar de MRI-foto's kijken. Maar na het lezen van diverse verhalen over hernia's op internet heb ik voor mezelf het idee dat ik niet eerlijk ben geweest tegenover mijzelf bij de arts.

Zo zie je dat ook het radiculare syndroom kan wisselen.

zorgt immers een bepaald gebied. Nu wordt het dus net als in de meterkast. Wanneer het licht in de keuken uitvalt en de koelkast en de oven ook, weet je wel welke zekering er kapot is. Zo ook is duidelijk waar het te doen is wanneer de grote teen geen kracht meer heeft (wortel L5) of wanneer de zijkant van je voet geen gevoel meer heeft (wortel S1) of de reflex van je knie het niet meer doet (wortel L4). Als je weet welke zenuwkabel het niet meer doet, weet je ook waar het ongeveer vandaan moet komen.

De meest voorkomende oorzaak van een zenuwafklemming is inderdaad een hernia, maar theoretisch kunnen er ook andere oorzaken zijn. Een nauw kanaal, wervel afglijden, ontstekingen of zelfs gezwellen kunnen de oorzaak zijn. Natuurlijk zijn de laatste oorzaken 'witte raven'.

Het voordeel van een radiculair syndroom is, dat het vrijwel onmiddellijk duidelijk is wat je hebt. Erger is het wanneer men zegt dat er sprake is van een 'pseudo-radiculair syndroom'. Dit betekent zo veel als: het lijkt er wel op, maar het is het niet! En wat het wel is, weet ik (nog) niet! De oorzaak van prikkelingen, pijn en uitstraling in het been, zonder een doof gevoel, krachtsverlies of zenuwuitval, blijft lastig te achterhalen.

Een écht Radiculair syndroom betekent dus: uitval van gevoel, van reflexen en van kracht in de spieren in het verzorgingsgebied van een zenuw. Een zenuwkabel functioneert niet goed meer! Oorzaken? Meestal dus een hernia, soms iets anders.

Welke kabel uitgevallen is, kun je het beste aan een elektricien vragen. In de geneeskunde is dat de neuroloog. Hij kan zenuwen testen en doormeten, en is ervaren in het opsporen van de oorzaken van zenuwaandoeningen.

Duraprikkeling

zenuwkabels die wel eens klem komen te zitten

In het ruggenmergkanaal loopt het ruggenmerg. Dit is als het ware een bundel zenuwkabels, die vanuit de hersenen naar beneden loopt en op ieder wervelniveau enkele kabeltjes (zenuwtakken) afgeeft. Door sommige aandoeningen in de rug komen deze kabeltjes wel eens klem te zitten. De meest voorkomende oorzaak van een dergelijke afklemming is een hernia, een breuk in de tussenwervelschijf. Maar ook een vernauwing van het gat (foramen) waar de zenuwkabel doorheen moet of de vernauwing van het ruggenmergkanaal op zich kan een mogelijke oorzaak zijn.

Nu moet u zich voorstellen dat een dergelijke kabel beetje bij beetje 'afgeklemd' wordt. We zagen al eerder dat het hoesje om de zenuwkabel, de dura mater, erg veel gevoel heeft. Wanneer nu alléén de dura mater afgeklemd raakt, voelt u dat vooral onder in uw bil, met wat uitstraling in de achterzijde van uw bovenbeen en in de zijkant van uw kuit. Deze pijn kunt u erger laten worden door uw hoofd te buigen, bijvoorbeeld wanneer u in bed ligt te lezen met gestrekte benen of wanneer u helemaal krom



Figuur 13

staat. Soms zegt iemand spontaan dat hij pijn voelt wanneer hij te grote passen probeert te maken. Dit komt dan omdat bij het buigen van je hoofd, net als bij het optillen of ver uitstrekken van je been, aan de hoofdkabel wordt getrokken, die door het ruggenmergkanaal loopt. Wanneer de kabel vastzit en niet goed kan schuiven, raakt hij tijdens dit rekken extra geïrriteerd.

Irritatie

De oorzaak van de pijn in de bil, bovenbeen en kuit is dus de irritatie van de dura, meestal door een bulging disc of een hernia. Soms ook door een vernauwing van het kanaal, eventueel door littekenweefsel van een operatie, of een vernauwing van de uittredeplaats van de zenuwkabel. We spreken nu van ‘duraprikkeling’. Een epidurale injectie (injectie rondom de dura in het ruggenmergkanaal) met corticosteroïden helpt vaak goed, indien de druk op de kabel maar niet te groot is. Wanneer echter de hele stroomdraad wordt platgedrukt, dan valt de stroom uit en spreken we van radiculair uitval, wat gepaard gaat met een doof gevoel of krachtverlies (zie Radiculair syndroom, pag. 56).

Neurogene claudicatio

Claudicatio betekent letterlijk ‘hinken’ of ‘mank gaan’. Kenmerkend voor neurogene claudicatio is, dat iemand moeite heeft met lopen. Bij rugklachten is het hebben van klachten tijdens lopen op zich al uitzonderlijk. Zoals ik bij mijn onderzoek vaststelde, krijgt slechts 23% van mijn patiëntenpopulatie klachten tijdens lopen en dit is dan meestal nog tijdens slenteren. Eén uitzondering op deze regel is het hebben van bekkeninstabiliteit, waarbij betrokkenen juist veel last hebben met lopen en een waggelende tred laten zien. De andere typische uitzondering vormt deze neurogene claudicatio.

Patiënten met deze aandoening krijgen tijdens het lopen in toenemende mate last van pijn in de rug en vooral in het been, en ze gaan dan wat mank lopen of zelfs slepen met hun been.

*mank lopen of slepen met het
been*

Etalagebenen

Als er sprake is van pijn in het been die verdwijnt met stilstaan, waarna men bijvoorbeeld weer honderd meter verder kan lopen, spreekt men ook wel van etalagebenen. Hierbij is veelal sprake van een vernauwing van de bloedvaten die in of naar de benen lopen. Hier is de diagnose 'vasculaire claudicatio' van toepassing en dit heeft dus niets met de rug, maar álles met de bloedvaten te maken. Mensen zoeken etalages op, alleen al om de pijn in de benen te laten afzakken.

Krom lopen

Indien men tijdens het lopen de macht in het been verliest, men gaat slepen en de neiging voelt om voorover of wat scheef te gaan lopen en graag wil gaan zitten of hurken, dan is er waarschijnlijk sprake van neurogene claudicatio.

Tijdens het rechtop lopen komt de zenuw kennelijk steeds meer in de klem te zitten. Bukken, hurken en zitten schept meer ruimte voor de zenuw en in veel gevallen herstelt de klacht dan binnen een minuut. En wanneer men dan maar kan blijven zitten, hoeft men totaal geen last meer te hebben. De loopafstand wordt echter steeds korter en men voelt zich gedwongen om met een stok te gaan lopen, omdat je daarmee ook krom kunt blijven lopen. Ooit zag ik iemand die niet kon lopen zonder de kracht in zijn been te verliezen, maar die het wel had gepresteerd om de elfstedentocht te rijden. Met andere woorden, als hij zijn rug maar ver genoeg gebogen hield, leek er niets aan de hand.

Neurogene claudicatio komt vooral voor bij mensen van boven de vijftig jaar. Het kan best zijn dat ze eigenlijk géén rugklachten (meer) hebben. Later komt dan naar voren dat ze vroeger wel veel last van hun rug gehad hebben. Een aantal blijkt dan dertig jaar geleden zelfs al aan een hernia geopereerd te zijn. De verklaring hierbij is dan dat de geopereerde tussenwervelschijf inmiddels totaal versmald is en dat ook de openingen, waardoor de zenuwwortels uittreden, vernauwd zijn (recessustenoze). Alleen wanneer iemand zijn rug voldoende voorover gekanteld houdt, creëert hij nog net voldoende ruimte om de zenuw niet af te klemmen. Een holle rug, zoals men aanneemt tijdens lopen, leidt op zich ook al tot lichte versmalling van de zenuwopening. Daarom zullen de patiënten zeggen dat bukken, veters dichtmaken of voorovergebogen zitten, hun klachten binnen één minuut vrijwel doet verdwijnen.

Soms betreft het jonge mensen, waarbij dan echter sprake is van een kleine hernia met geringe uitpuiling, die aanleiding geeft tot afklemming wanneer men rechtop staat óf wanneer men een holle rug moet maken. Mensen met klachten van neurogene claudicatio kunnen dan ook vaak maar moeilijk op hun buik of plat op hun rug liggen. Een enkele keer komt het voor dat iemand een '3e tot 4e graad listhesis' heeft, waarbij een wervel ten opzichte

van de wervel eronder, fors naar voren toe is afgeschoven (zie spondylolisthesis, pag. 95). De daardoor opgetreden vernauwing zorgt dan voor de afklemming.

Maar let wel, meestal is de neurogene claudicatio operatief goed te behandelen.

Syndroom van Verbiest

De neurochirurg Verbiest heeft duidelijk gemaakt dat niet elke vorm van radiculaire pijn in de benen door een hernia wordt veroorzaakt. Hij beschreef het beeld van de vernauwing van het lumbale wervelkanaal met druk op de 'cauda equina' (de paardenstaart, ofwel de zenuwkabeltjes die onder in het ruggenmergkanaal lopen). Wanneer de binnenmaten in het ruggenmergkanaal té klein zijn, lopen de zenuwwortels de kans om in het kanaal bekneld te raken. Meestal raakt het kanaal ter hoogte van L4-L5 vernauwd. We spreken dan van een kanaalstenose of van het Syndroom van Verbiest.

We kennen een primaire vorm, een ontwikkelingsstenose – zeg maar een aanlegfoutje – en een secundaire vorm. Dit laatste door spondylolysis en listhesis, het min of meer naar voren toe afglijden van een wervel ten opzichte van een andere wervel (zie onder Spondylolysis, pag. 95) waardoor de vernauwing in het kanaal ontstaat. Rugletsels na ongevallen kunnen eveneens een oorzaak zijn en soms zijn ook mengvormen denkbaar. Verder kunnen vernauwingen ontstaan na rugoperaties door toenemende discusversmalling, artrose en littekenweefsel. Mogelijk kunnen ook secundaire doorbloedingsstoornissen en belemmeringen in de bloedafvoer tot klachten leiden.

*vernauwing van het lumbale
wervelkanaal*

Diverse klachten

De afklemming kan tot diverse klachten leiden, zoals: tintelingen; een moe gevoel; brandende kramp; het gevoel dat de benen er niet meer bij horen; het gevoel op kussentjes te lopen. Dit beeld kan uiteraard ook overgaan in het beeld van de neurogene claudicatio wat echter meer past bij de recessusstenose (vernauwing van de opening waardoor de zenuwwortel het ruggenmergkanaal verlaat) en de kleine hernia.

Bij zeer ernstige lumbale kanaalstenose kan een caudasyndroom ontstaan, de afklemming van de hele 'zenuwstaart', met problemen met plassen en ontlasting.

Bij onderzoek kunnen vaak dubbelzijdig uitvalsverschijnselen gevonden worden van meerdere zenuwwortels, (S1+L5+L4 +L3) terwijl de wortelrektesten niet gestoord hoeven te zijn, omdat ze alleen in bepaalde posities echt klem zitten.

De behandeling is uiteraard vrijwel altijd operatief.

MR-neurografie biedt uitsluitel

Het piriformis syndroom

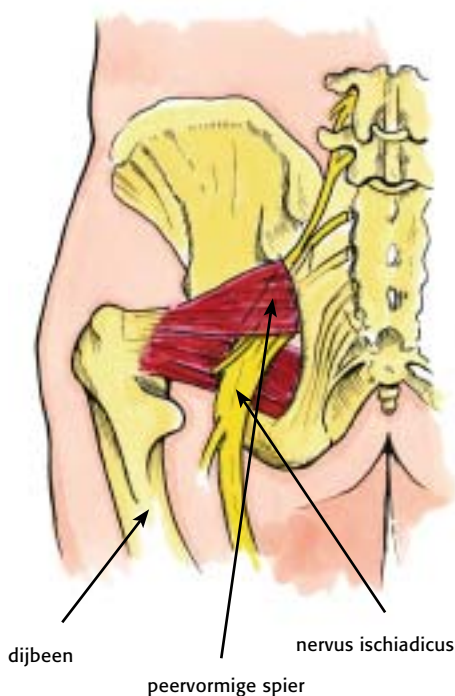
Een diagnose die vaak genoemd wordt, maar in de kliniek nog altijd vrij zeldzaam lijkt, is het piriformis syndroom. Niettemin meldde Filler et al. (2005) onlangs nog dat maar liefst tweederde van 239 onderzochte rugpatiënten met hardnekkige ischialgie, waarbij het MRI-onderzoek geen behandelbare afwijkingen liet zien, bij MR-neurografie bleken te lijden aan een piriformis syndroom. Reden genoeg om hieraan extra aandacht te besteden.

Uitval

Bij het complete piriformis syndroom behoort zenuwuitval op te treden van meerdere ruggenmergtakken, die gezamenlijk verenigd zijn in de ischiaszenuw, de nervus ischiadicus. Figuur 14 laat zien hoe meerdere ruggenmergzenuwen zich verenigen en samen verder gaan als de nervus ischiadicus. Je kunt hem hier tussen twee spierbundels door zien lopen, die samen de musculus piriformis vormen (peervormige spier).

Nu kan het gebeuren dat deze nervus ischiadicus wordt afgeklemd tussen deze twee spierbundels en dat daardoor dan zenuwuitval gaat optreden in het been en wel van meerdere zenuwtakken tegelijk. Dit zogenaamde piriformis syndroom wordt in het bijzonder gemeld na forse bloeduitstortingen in de bil waar-

Figuur 14



Figuur 15



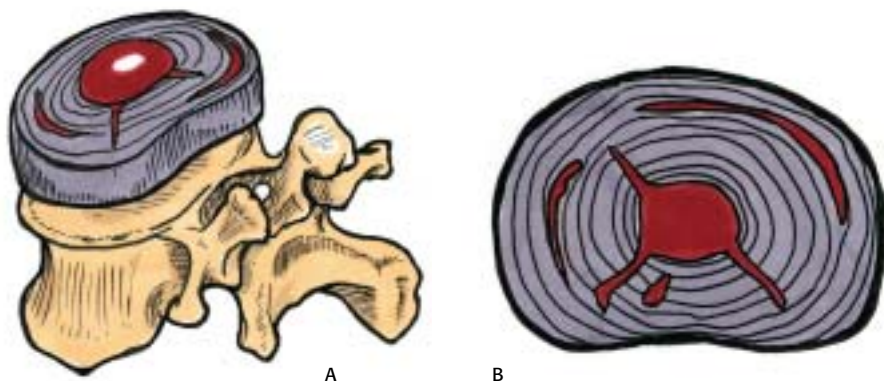
bij verklevingen in de piriformis op zouden treden, waardoor de zenuw klem komt te zitten bij het aanspannen van de spier. Vooral wanneer we de heup naar binnen draaien en daarmee de musculus piriformis rekken, is de irritatie van de ischiadicus op te wekken. De test die dit principe zou moeten bewijzen, is het heffen van het gestrekte been, uitgevoerd met het naar binnen draaien (endorotatie) van het been. Dit is dus dezelfde test als de test die bij het onderzoek naar hernia uitgevoerd wordt, maar nu met endorotatie van het been.

Wanneer er bijvoorbeeld in deze stand zenuwpijn en uitvalsverschijnselen optreden, kijken we of deze klachten weer verdwijnen als we het been naar buiten draaien, waardoor de musculus piriformis ontspannen raakt. Het rekken van de musculus piriformis op zich zou bij dit syndroom ook pijnlijk moeten zijn, maar dit symptoom is vaak vals positief omdat het rekken in die richting ook rechtstreekse rek op de nervus ischiadicus teweegbrengt.

Niettemin blijft het een moeilijk herkenbaar syndroom, vooral omdat de zenuwuitval over meerdere takken tegelijk erg grillig kan verlopen en meer lijkt op 'pseudo-radiculaire' prikkeling (prikkeling die wel op zenuwprikkeling lijkt, maar het niet is), waarbij geen zenuwafklemming bestaat. Toch stemmen de bevindingen van Filler et al. (2005) wel tot nadenken. Wellicht dat we niet moeten afgaan op daadwerkelijke zenuwuitval, maar dat irritatie van de nervus ischiadicus alleen, zonder functie-uitval, voldoende criterium is en dat ook hier van een geleidelijke overgang sprake kan zijn. De vraag blijft of de afklemming meetbaar is en zichtbaar gemaakt kan worden.

Zwarte bil

Zelf zag ik dit complete syndroom slechts een paar maal in mijn praktijk, maar opvallend genoeg hadden deze patiënten tot twee-



Figuur 16A: Wervel met tussenwervelschijf.
B: Scheurtjes in de annulus-ringetjes.

maal toe een zelfgemaakte foto bij zich waarop hun bijna zwarte bil stond afgebeeld, die ze bij een val hadden opgelopen. Het ongedaan maken van de verkleving is overigens wel lastig, omdat iedere operatie weer aanleiding tot nieuwe verkleving kan zijn. De vraag is ook of er al wel voldoende ervaring en bereidheid tot deze ingreep bestaat. Soms lukt het om het probleem met injecties of met voldoende rekken op te lossen.

Chronische discopathie

drie fases

Eerder heb ik uitgelegd dat tussenwervelschijfjes een soort kogellagers in de rug zijn, balletjes die door ringetjes (de annulus) op hun plaats gehouden worden. Ze zorgen ervoor dat wervels ten opzichte van elkaar kunnen bewegen. Soms echter dreigen deze balletjes door de ringetjes naar buiten gedrukt te worden. Zoiets begint meestal met spitaanvallen en kan eindigen met een hernia.

Vergelijken we de tussenwervelschijf met een fietsband, dan is spit een klein scheurtje in de buitenband en is een hernia te beschouwen als een uitpuilende binnenband.

Na een spitaanval hoeft het lang niet altijd tot een echte hernia te komen. Een fietsband kan immers ook leeglopen. Op de röntgenfoto zien we dan een steeds platter wordende tussenwervelschijf (discusversmalling).

Bert

Ik heb een versmalling van de tussenwervelruimte L5-S1. Heeft iemand dit ook en is er een behandeling voor? Ik heb last van mijn onderrug en uitstraling in mijn rechter been. Dit is al 5 jaar, maar nu

is dit er via röntgenfoto's uitgekomen. Volgende week heb ik een afspraak met de orthopeed, maar ik zou graag van te voren ervaringen horen. Groetjes, Bert.

Het proces dat een eenmaal beschadigde tussenwervelschijf moet doorlopen, kan in drie fases worden opgedeeld (Kirkaldy-Willis, 1985):

1. de dysfunctiefase, de eerste fase waarin het aangedane niveau niet normaal functioneert, maar de pathologische veranderingen nog minimaal zijn;
2. de instabiele fase, de tussenfase waarin de discusshoogte is afgenomen en de annulus rondom uitpuilt, de ligamenten en kapsel van de facetgewrichten gerekt zijn en het gewrichtskraakbeen degenereert, met instabiliteit als gevolg;
3. restabilisatie, stabilisatie van het segment door bindweefselvorming en beenhaakvorming.

Ongebruikelijke oorzaak

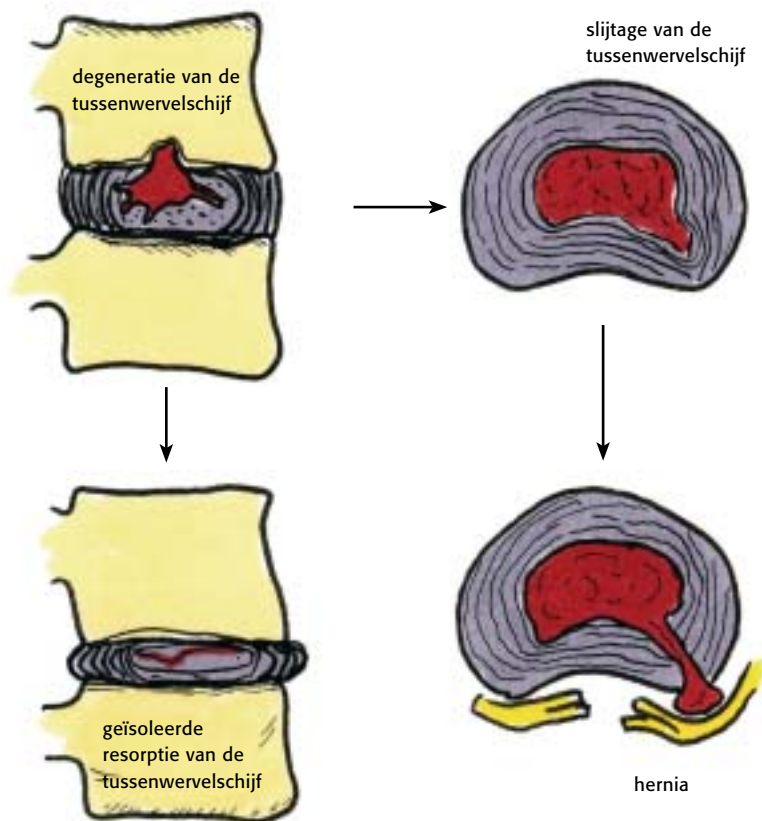
Hoe bekend ook, eigenlijk is een echte hernia toch maar een ongebruikelijke oorzaak voor rugklachten. De meeste onderzoeken noemen hiervoor ook getallen onder de 5% (Frymoyer 1988). En niet voor niets is daarom 90% van alle rugklachten nog steeds aspecifiek. Toch zijn er genoeg wetenschappers die er van overtuigd zijn dat de tussenwervelschijf zelf veel vaker de bron van de pijn vormt, zonder dat van een echte hernia sprake is. Omdat de tussenwervelschijf zelf geen zenuwvoorziening zou hebben, is deze veronderstelling heel lang afgewezen als mogelijke oorzaak van lage rugklachten. Maar inmiddels heeft men kunnen aantoon-

Anne

Mijn naam is Anne en ik ben een beetje wanhopig. Ik heb al zes jaar last van mijn rug en ik ben pas 22 jaar oud. Zes jaar geleden kreeg ik last van mijn rug, heel erge last. Ik ben toen naar de dokter geweest en die heeft me zes weken plat op bed liggen geadviseerd. Dat had niet geholpen. Toen heb ik fysiotherapie gehad, maar dat hielp ook niet. Toen Mensendieck en toen kraken. Dit hielp allemaal niet. Ik ben toen doorgestuurd naar de specialist, maar die kon weinig voor me doen. Hij zei dat mijn rug versleten was. Daarna ben ik naar een rugkliniek gegaan waar ze door middel van oefeningen je van de pijn af proberen te helpen, maar dit hielp ook niet. Toen ben ik naar de Sint Maartenskliniek in Nijmegen geweest. Daar kreeg ik te horen dat het discopathie is, maar de specialist

kon niks voor me doen, ik moest er maar mee leren leven. Daarna ben ik naar een specialist in Tilburg gegaan, hij kon me niet echt helpen en ik werd voor de zoveelste keer doorverwezen naar een andere specialist. Hij wist niet echt wat hij met me aan moest, maar kon wel duidelijk op de MRI-scan zien dat er iets niet goed was. Hij heeft toen besloten om me te opereren. Ze hebben toen door middel van een kijkoperatie gedeeltes van mijn wervels weggebrand. Deze operatie was zeer pijnlijk en heeft helaas de klachten alleen maar erger gemaakt doordat ze tijdens de operatie een zenuw hebben geraakt. Deze operatie is vier maanden geleden uitgevoerd. Ik word nu weer doorgestuurd naar een ziekenhuis in Breda en daar gaan ze een stukje van mijn wervels L4/ L5 weghalen en daar een kunststukje voor terug zetten.

Figuur 17: Uit: N. Bogduk:
*Die Schmerzpathologie der
 lumbalen Bandscheibe*,
 Man Medizin 1992.



nen dat de tussenwervelschijf wel degelijk over zenuwvezels en zenuwuiteinden beschikt, minstens in het buitenste derde deel, zo niet in de gehele buitenste helft (Bogduk 1981).

De bron van de pijnlijke tussenwervelschijf lijkt niet, zoals vaak aangenomen, de degeneratieve verandering, maar zou kunnen berusten op twee specifieke oorzaken: het torsieletsel en het compressieletsel. Het torsieletsel ontstaat door overmatige rotatie in combinatie met flexie en leidt tot ringvormige scheuren in het buitenste derde deel van de ring, dat van zenuwuiteinden voorzien is. We kennen dit torsieletsel van de spitaanval tijdens het gedraaid tillen (zie figuur 16).

Overmatige verticale belasting

Een compressieletsel ontstaat door overmatige verticale belasting en begint met een breuk in de sluit- en dekplaten van de wervels (de boven- of onderkant van de wervel). Zwaar tillen zou dit kunnen veroorzaken, ofschoon sommigen denken dat je nooit

zwaarder kunt tillen dan je spierkracht toelaat en dat deze kracht in verhouding staat tot de stevigheid van je wervels. Maar mogelijk spelen verrassingsmomenten en tijdelijke disbalans wel een belangrijke rol. In ieder geval lijkt de kans op een compressieletsel groter dan de kans op het scheuren van de annulus, die zeer drukbestendig is. Bij herhaalde belasting blijken de eindplaten al bij lagere compressiekrachten te bezwijken (van Dieën 2003).

Discogene pijn

Het compressieletsel leidt tot volledige ontregeling (denaturatie) van de kern van de tussenwervelschijf. Deze denaturatie van de nucleus pulposus veroorzaakt een verdergaande, naar buiten gerichte afbraak van de annulus fibrosus, de vezelringetjes. Dit leidt tot chemische en/of mechanische irritatie van de zenuwuiteinden en daarmee tot pijn!

Men is er in geslaagd een goede samenhang aan te tonen tussen deze 'discogene pijn' en de door middel van CT-discografie vastgestelde ontregeling van de kern. Discografie, het inspuiten van de tussenwervelschijf met contrastmiddel, blijkt ook in staat rugpijn en uitstralende pijn op te wekken zonder dat sprake is van discus prolaps of zenuwafklemming. Discografie is daarom goed te gebruiken als test of er iets met de discus aan de hand is. Onderzoek met CT-discografie toonde aan dat disci die op de MRI of CT-scan normaal uitzagen, bij discografie pijnlijk bleken te zijn en bij CT-discografie tekenen van 3e of 4e graads fissuren (scheurtjes) bleken te vertonen. Versmalde, gedegenererde disci bleken daarentegen vaak juist niet pijnlijk te zijn bij discografie. Crock (1986) sprak hierbij van de 'Internal Disc Disruption', IDD. Schwarzer (1995) vond langs deze weg voor ruim 40% van de 92 patiënten met chronische lage rugklachten zonder afwijkingen op de MRI en de CT-scan, de verklaring van hun klachten. Positieve CT-discografie betekent: het opwekken van herkenbare pijn, aantoonbare 3e tot 4e graad fissuren (inwendige scheuren) en negatieve, niet pijnlijke, discografie op enig ernstiger niveau. De interne scheur, gevolgd door degeneratie, leidt tot verdergaande discusversmalling en zo kan alsnog een hernia ontstaan. Het is echter niet zo dat het proces wordt ingeleid door degeneratie. Degeneratie is het gevolg van een rotatie- of compressieletsel. Dit verklaart tevens waarom soms maar 1 of 2 niveaus 'gedegenererd' zijn en andere niveau's dit niet zijn en waarom dit ook al op jonge leeftijd het geval kan zijn.

In figuur 18 ziet u een CT-scan van een discografie afgebeeld. Bij een discografie spuit men dus contrastvloeistof in de tussenwervelschijf. Hier is te zien hoe de kern is opgevuld, maar ook hoe het contrast uitloopt in de buitenste achterste ringen van de annulus, waar zeker gevoel zit. Deze discografie wordt dus als proef gebruikt om te kijken of een tussenwervelschijf al of niet 'symp-

Figuur 18: CT-Discografie
(door Dr. C. Aprill).



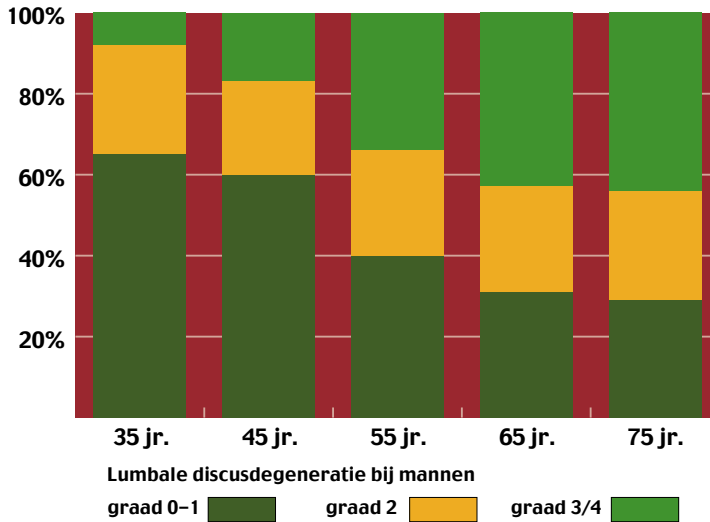
tomatisch' is. Met andere woorden: is deze tussenwervelschijf wel pijnlijk en is hij de bron van de huidige klachten?

Persoonlijk ben ik ervan overtuigd dat deze (chronische) discopathie de oorzaak is van een zeer groot deel van de 90% aspecifieke lage rugklachten. Dit zeg ik vooral omdat de klachten zo vaak hiermee overeenstemmen en omdat ik de overgangen van de aspecifieke discopathie naar de specifieke hernia en naar de radiculare prikkeling zie optreden. Of röntgenologisch aange- toonde discopathie vaak voorkomt zult u vragen? Kijk maar eens naar de tabellen van mannen en vrouwen in figuur 19. Ziet u dat

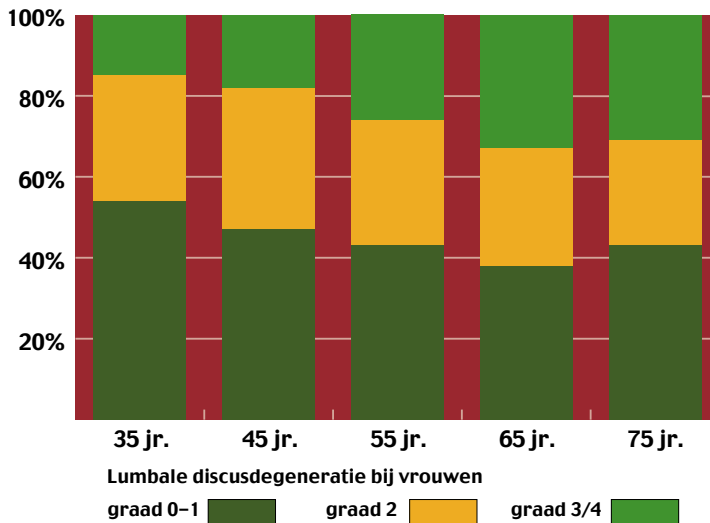
Een discusversmalling ('slappe band') er- vaar je meestal als volgt:

's Ochtends bij het opstaan ben je behoorlijk stijf. Je moet je gewoon uit bed laten rollen en hebt veel moeite met het aandoen van je broek en je sokken. Daarna moet je geleidelijk op gang komen, maar na een warme douche ben je er weer en als het een beetje meezit, heb je de rest van de dag niet zo veel last meer. Alleen als je té veel moet doen, ben je tegen de avond echt afgewerkt! Sommigen gaan dan ook bij thuiskomst het liefst even plat om nog iets aan de avond te hebben. Lang zitten, staan of slen- teren vind je maar vervelend en je voelt je het prettigst wanneer je gewoon wat in beweging

kunt blijven. Tennissen en sporten gaat meestal best goed, ofschoon je naderhand vaak wel wat stijver bent. Wanneer je enthousiast meedoet met hockey in het weekend, wordt je 's maan- dags afgestraft met een stijvere rug, maar dat is in enkele dagen weer over, zodat je 's zondags toch maar weer meedoet omdat het zo gezellig is. Zware belasting, zoals flink sjouwen in de tuin of verhuizen moet je niet doen, want je weet dat het dan wel eens echt fout wil gaan. En als je een tijdje krom staat bij het tuinieren moet je jezelf meestal 'opkrikken' om rechtop te komen. Soms ervaar je het gevoel van een strakke band onder in de rug, met af en toe pijn links of rechts onderin, bij die knobbeltjes.



Figuur 19A: Het voorkomen van discopathie bij mannen.

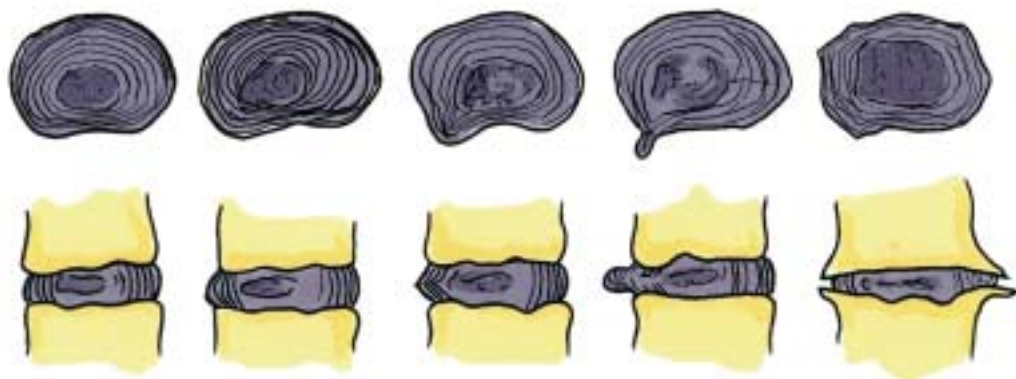


Figuur 19B: Het voorkomen van discopathie bij vrouwen.

op 35-jarige leeftijd al bijna de helft een 2e tot 3e graads discopathie heeft! Dat wil dus zeggen dat dan 1 of meerdere tussenwervelschijven al zijn aangedaan. U ziet ook dat vrouwen er op jongere leeftijd iets slechter aan toe zijn dan mannen, maar dat mannen dat later weer inhalen. Deze tabellen komen trouwens ook aardig overeen met de prevalentietabellen van pagina 10 en 40.

Versleten

De natuur zal er overigens voor gaan zorgen dat deze inzakkende tussenwervelschijf of 'slapper wordende band', langzaam wordt



Figuur 20: Fasen van tussenwervelschijfdegeneratie (Krämer, 1995).

ingepakt door de zogenaamde ‘artrose’, vaak smalend ‘slijtage’ genoemd. Toch vind ik het woord slijtage hierbij niet zo gepast. Artrose zegt wel dat er iets aan de hand is, maar het zegt tevens dat er reparatiewerkzaamheden worden uitgevoerd. Om dit proces af te doen met: ‘En nu bent u versleten!’ gaat mij te ver. In de praktijk blijkt artrose vaak een zegen, maar daarover later meer (zie paragraaf Artrose, pagina 82).

Het proces van de acute discopathie tot de chronische discopathie met toenemende degeneratie wordt erg goed weergegeven in het schema dat is opgesteld door Krämer (1995) in zijn presidentiële rede voor de International Society for the study of the Lumbar Spine (ISSL).

Positief einde

Al verrassend jong beginnen tussenwervelschijfproblemen als ‘torticollis’ (de acute stijve nek) en het ‘tight hamstring syndrome’ (verkorte hamstrings), later gevolgd door de hernia met zenuwuitval, nog later de chronische degeneratie in de tussenwervelschijf, gevolgd door verstijving en ankylose (verankering). En ook al neemt de degeneratie toe, de klachten en de ischialgie zullen verder afnemen naarmate de tijd verstrijkt. Discopathie is een proces, niet meer te stoppen wanneer het eenmaal begonnen is, maar met een positief einde.

Dat rugklachten geen aandoening van alleen de oudere mens zijn, bleek andermaal uit een Fins onderzoek, waarin men vond dat zeker 50% van de 14-18-jarigen gedurende het afgelopen jaar rugklachten had gehad. Maar liefst 7,8% van de 14-jarigen bleek zelfs chronische of recidiverende klachten te hebben. Bij de 14-18-jarigen met rugklachten werden gemiddeld in 33% een of meer gedegegenerateerde tussenwervelschijven gevonden. Bij persisterende en recidiverende (steeds terugkerende) rugklachten liet 89% beginnende of totale discusdegeneratie zien, in vergelijking

met 21% van de deelnemers met slechts een of tweemaal rugklachten.

Met andere woorden, tussenwervelschijfaandoeningen beginnen al heel jong!

Instabiele discus

Uit de hoofdstukken over acute en chronische discopathie, en ook over hernia zal voldoende duidelijk zijn dat discopathie betrekking heeft op een beschadigde tussenwervelschijf. Door inwendige scheurtjes is de tussenwervelschijf beschadigd en door interne degeneratie zal in de loop der tijd versmalling en inzinking van de tussenwervelschijf optreden.

Het kan zijn dat bij een nieuwe aanval of extra overbelasting de tussenwervelschijf volledig doorscheurt en er alsnog een hernia optreedt, maar dit hoeft niet te gebeuren. Net als bij een beschadigde fietsband kan hij ook geleidelijk verder leeglopen. Op de röntgenfoto ziet men ten slotte een sterk versmalde tussenwervelschijf.

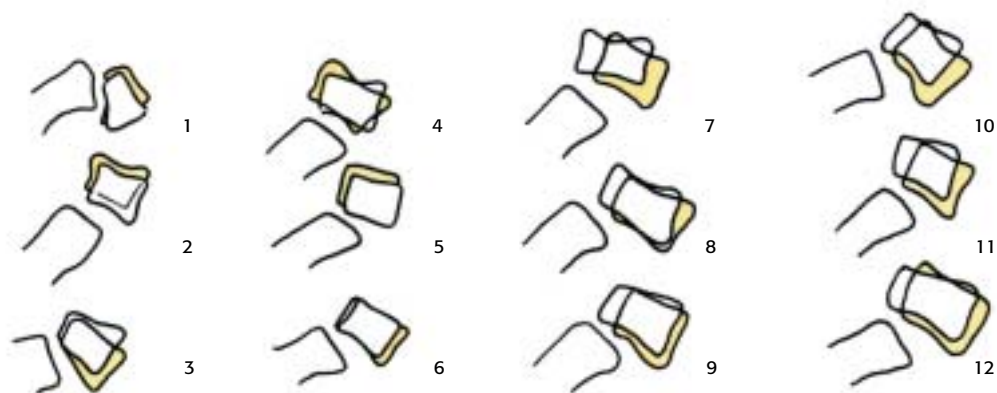
*inwendige scheurtjes en interne
degeneratie*

Slappe band

Wanneer dit proces door de aard van de beschadiging soms wat versneld dreigt te verlopen, kunnen er periodes optreden waarin de discus zogenaamd 'instabiel' is. U kunt zich misschien wel voorstellen wat er gebeurt als u met slappe banden gaat fietsen. Een dergelijke band kan van links naar rechts heen en weer bewegen. De Engelse hoogleraar Michael Adams sprak op een congres over een 'wobble', en duidde hierbij op een dergelijke erg slappe, bijna flapperende band. Datzelfde zou dus gebeuren met een instabiele tussenwervelschijf, er zit wat meer speling op.

Nu is het in de geneeskunde behoorlijk onduidelijk wanneer er nu wel of niet over 'instabiliteit' gesproken mag worden. Sommigen beperken de uitspraak tot wat ze kunnen vaststellen op een röntgenfoto. Zien ze daarop dat wervels ten opzichte van elkaar enkele millimeters verschuiven, dan spreken ze van röntgenologische instabiliteit. Dit is minder omstreden dan de term 'klinische instabiliteit', met betrekking tot klachten van de patiënt die op instabiliteit zouden kunnen duiden, maar deze term wordt slechts door enkelen erkend.

Bijgaande afbeeldingen tonen de uitslagen van een onderzoek van Ora Friberg, waarbij geprobeerd werd door middel van rek of belasting extra verplaatsing van wervels op te wekken (zie figuur 21). Hierbij kon men aantonen dat deze röntgenologische 'instabiliteit' inderdaad samengaat met tekenen van klinische instabiliteit en met ernstige rugklachten. Men heeft dit onderzoek uitgevoerd aan de hand van proefpersonen met al aangetoonde (pseudo-) listhesis (wervelverplaatsing) als gevolg van lysis, dan wel met discusdegeneratie (zie de paragrafen over spondyloly-



Figuur 21: Uit: Ora Friberg:
Lumbar Instability, 1987
Spine 119-129

sis en spondylolisthesis). Niet de uitgangswaarde (lees: de mate van afglijding bij standaard röntgenonderzoek) bleek van belang voor het bestaan van klachten, maar de mate waarin verdere verplaatsing mogelijk bleek. Deze verplaatsing kon al of niet worden opgewekt door tractie (rekstok met tenen aan de grond) en compressie (20 kg rugzak) uit te voeren (Friberg, 1987).

Figuur 22: Uit : Ora Friberg:
Lumbar Instability, 1987
Spine 119-129

Bij de nummers 1-6 bijvoorbeeld bestaan weliswaar verschillende maten van afglijding, maar deze personen bleken klachtenvrij. Bij tractie en compressie zien we géén verplaatsing optreden. Ze zijn stabiel! Zij gaven aan in staat te zijn tot zwaar werk en sport zonder klachten, en geen ziekteverzuim te hebben gehad wegens



rugklachten. Bij de nummers 7-12 zijn de uitgangswaarden ook verschillend, maar hier zien we duidelijke verplaatsing optreden onder tractie en compressie. Al deze proefpersonen gaven aan veel rugklachten te hebben en regelmatig hun werk te moeten verzuimen in verband met deze rugklachten. Deze instabiele verplaatsing kan zowel in voorwaartse, als in achterwaartse richting optreden.

Typische klachten

De klachten zijn naar mijn mening vrij typisch. Iemand zal zeggen dat hij vreselijk goed moet uitkijken waar hij loopt of wanneer hij een stoepje afstapt. Bij het zich verstoppen of verkeerd inschatten van de stoeprand ervaart hij een heftige scheut in de rug, alsof er een mes in gestoken wordt. Betrokkene zal ook erg goed opletten dat er niet plotseling iemand tegen hem opbotst, omdat dan hetzelfde gebeurt. En dit kan weer leiden tot tijdelijke verergering van de klachten.

Het beeld kan zich ook manifesteren als steeds terugkerende spitaanvalletjes, waarbij iemand gemakkelijk weer een of meer dagen rugklachten heeft en stijver is dan anders.

Een dergelijk beeld kan behoorlijk dramatisch zijn. Ook al is er geen sprake van hernia of zenuwafklemming, iemand ervaart dermate heftige pijnscheuten in zijn rug dat hij daardoor erg angstig en onzeker wordt. De remedie is enerzijds afwachten of er spontaan 'stabilisatie' wil optreden, anderzijds moet men over extra stabiliserende maatregelen na gaan denken. Hierbij denken we aan stabiliserende spieroefeningen, waarmee men een spierkorset probeert op te bouwen. Maar we denken ook aan een stabiliserend korset of aan een stabiliserende operatie, waarbij wervels aan elkaar worden vastgezet met botspanen of schroeven en dergelijke. De laatste maatregelen zijn natuurlijk behoorlijk ingrijpend en onomkeerbaar. Uiteraard zal ook hier de natuur behulpzaam proberen te zijn met het inzetten van artrose.

Uiteraard is de natuurlijke weg van afwachten en de opbouw van een spierkorset de meest veilige, maar ook dit lukt lang niet altijd zo goed. Té veel oefeningen kunnen soms zelfs de instabiliteit weer bevorderen en men gaat er dan tijdens de oefeningen weer flink doorheen. Hoe vreemd dan ook, regelmatig zag ik mensen die pas beter werden nadat ze hun oefeningen gestaakt hadden!

Het gebruik van een korset roept nogal eens veel weerstand op, zowel bij leken als bij artsen en fysiotherapeuten, terwijl dit gebruik toch heel deugdzzaam kan zijn. In de tijd van oma waren 'korsetterie' en een stevige 'stepp in' heel acceptabel. Nu is men te bang voor slappe spieren. Niettemin kan een korset heel goed zijn ter stabilisatie, net als gips voor een gebroken been.

Nadeel is natuurlijk het gebrek aan beweging onder het korset. De praktijk leert dat soms zelfs stabiliserende operaties noodzakelijk zijn, waarbij wervels aan elkaar worden vastgezet. Misschien zou het beste wel eens kunnen zijn om, om de vergelijking met een verstuipte enkel door te trekken, de rug goed stevig in te tapen en dan verplicht in beweging te blijven!

Blokkeringen

nooit enig bewijs geleverd voor blokkeren

Het klinkt zo logisch: 'je rug zit geblokkeerd', wanneer je geen kant meer uit kunt nadat het in je rug geschoten is. Toch is deze uitspraak omstreden. Want, wát zit er dan geblokkeerd en waarom? Het lijkt zich in de gewrichten af te spelen, maar hoe zeker is dat? Er is nooit enig bewijs voor dit blokkeren geleverd. Vandaar ook dat het behandelen van deze blokkeringen nog steeds met de nodige scepsis bekeken wordt en manuele therapie toch nog iets alternatiefs heeft.

Hippocrates, de vader der geneeskunde, sprak al over 'parathremata', waarmee hij een soort 'verschuivingen' bedoelde. En eigenlijk zijn we diagnostisch nooit verder gekomen dan Hippocrates. Erger nog, men vliegt elkaar in de haren om de ander van zijn gelijk te overtuigen. Gewrichten zouden verschoven, ingeklemd, geblokkeerd of verdraaid zijn. En al deze standpunten hebben evenzovele scholen opgeleverd.

Een la die klemt

Echt uit de kom is het gewricht niet, immers, dit zouden we op röntgenfoto's moeten kunnen zien. Het wordt wel eens vergeleken met 'een la die klemt'. Zonder dat er daadwerkelijk veel beschadigd of verplaatst is, wil het even niet meer. Maar wanneer we één keer goed trekken of duwen gaat hij weer gewoon open en dicht. En ook is duidelijk dat er iets mis is. Dat iets niet goed meer wil bewegen en het pijnlijk is wanneer je het toch probeert. Maar, de anatomische verklaring van het geblokkeerd zijn ontbreekt nog steeds.

Ook naar de oorzaken blijft het gissen. Men veronderstelt endogene oorzaken, oorzaken van binnenuit, en exogene oorzaken, oorzaken van buitenaf. Aandoeningen in de tussenwervelschijven, banden en gewrichten, maar ook aandoeningen in inwendige organen, spierweefsel, bindweefsel en huid zouden een rol kunnen spelen als endogene oorzaken. Door de inwendige spanning die deze aandoeningen oproepen, zou spierspanning en bewegingsbeperking kunnen ontstaan.

De exogene factoren zouden vooral betrekking hebben op uitwendige belasting, zoals de lichaamshouding, de lighouding en zithouding, maar ook de werkhouding en werkbelasting. Zo zal buikslapen vroeg of laat tot problemen in de nek leiden. Als we nog jong zijn, kan onze nek dit best aan, maar worden we eenmaal wat stijver en blijven we op onze buik slapen, dan staan we

's morgens soms met een stijve nek op. We zullen het buikslapen dan moeten afleren.

Spanning

Spanning lijkt een belangrijke rol te spelen bij het krijgen van deze blokkeringen. Die hoeft niet echt tussen de oren te zitten, ze kan worden opgeroepen door bepaalde aandoeningen, maar kan ook een meer praktische oorzaak hebben en heeft dan vaak te maken met voorkeursbewegingen en aanleg. Stel dat u van nature, erfelijk bepaald dus, gesloten en meer in uzelf gekeerd bent, dan is het lastig om vertegenwoordiger te worden en uzelf open te stellen voor de buitenwereld. Uw aanleg is strijdig met uw beroep. U komt in de knoop met uw spieren en u loopt letterlijk vast. U moet dan werk kiezen dat beter bij u past, of u moet u speciaal gaan trainen op een meer extraverte houding. Maar niet iedereen is fysiek geschikt om voetballer te worden, en ook atleten worden geboren. En een 'rechtse' schaar is lastig voor een linkshandige. Het is tenslotte nog niet zo gek wanneer uw lijf u waarschuwt om een beroep te kiezen dat beter bij u past en waarvoor u in de wieg gelegd bent.

Beveiligingsfunctie

Misschien wat vreemd, maar mijn persoonlijke overtuiging is dat dergelijke blokkeringen of functiestoornissen eerder optreden als een beveiliging van het lichaam, dan als een kwaal op zich. Volgens mij zijn ze aanvankelijk vaak nuttig! Liever spreek ik dan ook van een 'défense articulaire', naar analogie van de 'défense musculaire'. Dat betekent het volgende: Wanneer het in uw rug schiet en u uw tussenwervelschijf 'verrekt', dan schieten uw spieren in een kramp, bedoeld om erger te voorkomen. Immers, als u nog verder zou bukken, hebt u de kans dat uw tussenwervelschijf helemaal doorscheurt en u een hernia oploopt. Om dat te voorkomen, bouwt u met uw spieren een verdediging op: de 'défense musculaire'. Om u nog verder te helpen kan uw lichaam ook een aantal gewrichten op slot zetten: de 'défense articulaire'. Dit is wat er feitelijk geconstateerd wordt. Bij een spitaanval zijn spieren fors verkrampd en zitten meerdere gewrichten geblokkeerd. Als we niets doen en de natuur haar gang laten gaan, zijn zowel de spierverspanning als de gewrichtsblokkeringen na een week meestal weer geheel verdwenen. Is de spitaanval echter zo erg dat van een kleine of grotere hernia sprake is, dan blijken zelfs na enkele weken de spierverspanning en de blokkeringen nog aanwezig. Wanneer de blokkeringen dan behandeld worden, zullen deze ook snel weer terugkeren, omdat het lichaam immers nog steeds iets te verdedigen heeft.

Tijdelijk

Meestal zijn blokkeringen tijdelijke reacties, die niet direct be-

handeld hoeven te worden. Toch lijkt het erop dat de tijd hier een speciale rol vervult. Als de overbelasting of het letsel langer dan ongeveer zes weken aanhoudt, lijkt het lichaam de controle over de verdedigingsreactie op de automaat te zetten. Vanuit meerdere invalshoeken is aangetoond dat het lichaam na een bepaalde tijd de controle overdraagt aan een lager niveau en gebruik gaat maken van de spinale reflexbogen (reflexen die via het ruggenmerg verlopen). Waar de controle eerst via de hersenen verliep wordt vanaf nu de bescherming op ruggenmergniveau geregeld.

Gevolgen

Lastig is wel dat ook deze blokkeringen directe en indirecte gevolgen hebben. Een direct gevolg is dat u zich minder goed kunt bewegen. Het bukken en het draaien naar links bijvoorbeeld verloopt slechter. En dus hebt u een probleem wanneer u deze beweging tijdens uw werk hard nodig hebt. Het forceren van deze beweging is meestal pijnlijk, met uitstraling in de rug of verder. De stand en de beweeglijkheid van het gewricht lijken bij lokaal onderzoek verstoord. Een directe reactie is ook de hypertonie (verhoogde spierspanning) en de hyperaesthesie (overgevoeligheid van de huid) van die spieren en delen van de huid, die bij deze gewrichten betrokken zijn. Wanneer de bovenste halswervels betrokken zijn, kunnen door deze verhoogde spierspanning ook hoofdpijn en duizeligheid ontstaan. Vaak wordt dan gesproken over spierspanningshoofdpijn. Deze spierspanning strekt zich uit tot tussen de schouderbladen en veroorzaakt pijn tussen de schouderbladen en blokkade van ribben. Door het blokkeren van ribben wordt het moeilijk om de schouders en armen naar boven te bewegen en krijgt men het gevoel dat de armen te zwaar geworden zijn.

De indirecte gevolgen leiden vaak nog véél verder. Zij maken het vak van de manueel geneeskundige enerzijds moeilijk, maar anderzijds heel boeiend en dankbaar. Laat ik een voorbeeld geven: een veel voorkomend orthopedisch probleem is de slijmbeursontsteking in de schouder (bursitis subacromialis). Om wat voor reden dan ook is de slijmbeurs ontstoken geraakt. Het opzij omhoog bewegen van je schouder is erg lastig. Je kunt er wel doorheen komen, maar als je dan je arm weer laat zakken, schiet de pijn door je schouder heen. Met rust en cortisoninjecties is dit wel te bestrijden, maar het blijkt ook weer heel gemakkelijk terug te komen.

De achtergrond is, dat wanneer je arm naar boven beweegt, hij als het ware onder een afdakje door moet. Dit gaat het beste wanneer de bovenarm iets naar buiten gedraaid wordt. Anders lopen spieren en slijmbeurs rond de schouderkop het risico een beetje afgekneld te worden. Dit beetje naar buiten draaien nu, blijkt het kardinale punt te zijn. Wanneer het namelijk niet lukt om de arm automatisch iets naar buiten te draaien tijdens deze be-

weging, is de kans op afklemming groot. Dit kan bijvoorbeeld doordat een spier die de arm naar binnen kan draaien té sterk gespannen staat. De latissimus dorsi is zo'n spier die aanhecht aan de voorzijde van de bovenarm en die de bovenarm naar binnen draait. De oorsprong (plaats van herkomst) van deze spier zit onder in de rug op de bekkenkam en de wervelkolom. Maar wanneer nu het bekkengewricht om de een of andere reden geblokkeerd raakt, raakt ook de latissimus dorsi verkrampd en trekt je bovenarm naar binnen. Het gevolg is een steeds terugkerende slijmbeursontsteking in de schouder! Om de schouderproblemen efficiënt op te lossen moet je dan wel het bekkengewricht eerst behandelen.

Begrijpt u hoe lastig het kan zijn?

Behandeling

Het behandelen van deze blokkeringen heeft ook zeker zijn positieve kanten. Manipuleren blijkt efficiënt, mits de onderliggende endogene of exogene oorzaken verdwenen zijn (zie hoofdstuk Behandeling, de paragraaf Wat is kraken nu eigenlijk?). Indien de tussenwervelschijf in uw rug na enkele maanden hersteld is, of de stress op uw werk is opgelost, zal zelfs een éénmalige manipulatie voldoende kunnen zijn om de blokkeringen blijvend op te lossen. Maar als u toch weer op uw buik gaat slapen, kan het probleem snel weer terugkeren en blijft het misschien wel dweilen met de kraan open. Bovendien blijkt het opsporen van de diepere oorzaak nog niet zo gemakkelijk. Is het uw houding, uw werk, uw aanleg, de stress, uw sport of heeft het nog te maken met wat ik vroeger heb meegemaakt? (Zie 'Het Toon Hermansyndroom', pag. 87)

Veel voorkomende Blokkeringen

Sommige blokkeringen blijken aanmerkelijk meer voor te komen dan andere. Zo vindt men vaak blokkeringen van de bekkengewrichten (SI-gewrichten, of sacro-iliacale gewrichten), blokkeringen laag in de nek-schouderregio, van de bovenste halswervels en blokkeringen tussen de schouderbladen. Blokkeringen in de sleutelregio's lijken vaker voor te komen dan andere. Een sleutelregio is het gebied waar de rug overgaat in bekken en benen, of waar de nek overgaat in schouders en armen of de overgang van nek naar hoofd.

*blokkeringen komen vaker voor
in sleutelregio's*

SI-gewrichten

Schmid (1985) vond bij 467 van 1344 rugpatiënten functiestoornissen van de SI-gewrichten. In de manuele geneeskunde veronderstelt men ook dat beperkingen in de SI-gewrichten weer gemakkelijk kunnen leiden tot beperkingen in de bovenste halsgewrichten. Immers, een afwijkende stand of een afwijkend bewegingspatroon in het fundament zal snel leiden tot een stoornis

in de nok. Zo kunnen rugklachten dan weer aanleiding zijn tot hoofdpijn en omgekeerd. SI-gewrichten zijn bovendien sterk onderhevig aan spanning in de buikspieren, zoals u kunt lezen in het deel over rugklachten die niet uit de rug komen. En aldus kunnen ook buikklasten leiden tot SI-blokkering en hoofdpijn.

Ondanks het feit dat de blokkering van het SI-gewricht zo vaak lijkt voor te komen is het toch niet zo gemakkelijk om dit betrouwbaar vast te stellen (Van Deursen 1992; van der Wurff, 2004). De pijn bij een aandoening van het SI-gewricht (bekkengewricht) zit voornamelijk in de regio net onder dit gewricht met een uitstraling tot in de achterzijde van het been. Maar ook treedt vaak pijn op vanuit de ligamentaire overbelasting aan de andere kant.

Behalve bewegingsbeperking en pijn in de SI-gewrichten door blokkering, kunnen er ook SI-klachten optreden door ontsteking, zoals bij de ziekte van Bechterew of Reiter, maar ook door het bestaan van bekkenverwringing. Dit beeld zal ik nader uitlegen bij het beschrijven van houdingsklachten.

Bekkeninstabiliteit

Onduidelijk is of de zogenaamde bekkinstabiliteit (zie paragraaf *peri partum pelvic pain*) niet ook direct afkomstig is van de SI-gewrichten. Hierbij zou dan sprake zijn van hypermobiliteit (overbeweeglijkheid) of instabiliteit.

Atlas

Een eveneens veel voorkomend probleem is de blokkering van de atlas. De atlas is de bovenste halswervel die het hoofd draagt. Deze blokkering kan zoals gezegd een gevolg van een bewegingsstoornis in de bekkengewrichten zijn, maar kan ook op zichzelf staan. Dit kan ontstaan door stress, overbelasting van de nek door bijvoorbeeld buikslapen, door een ongeval, maar zelfs vanaf de geboorte door een geforceerde bevalling of verkeerde spildraai. Hierdoor kan zelfs het zogenaamde KISS-syndroom ontstaan met een huilbaby als gevolg. Een atlasblokkering geeft vaak aanleiding tot halfzijdige hoofdpijnklachten met pijn vanuit het achterhoofd uitstralend tot achter het oog. Ook kortdurende aanvallen van duizeligheid kunnen het gevolg zijn, waardoor iemand behoorlijk onzeker kan worden.

De gevolgen van blokkeringen zijn vaak symptomen die bij 'segmentale irritatie' passen.

Ligamentaire lage rugklachten

Het meeste last hebt u eigenlijk met stofzuigen, vegen, afwassen en tandenpoetsen. U kunt wél dwelen, maar een beetje krom staan, dat gaat niet. Dan heb ik wel een idee wat u zou kunnen hebben. Dan denk ik, populair vertaald, dat uw tentpaal (lees: uw

bij ligamentaire lage rugklachten doet het buigen van de rug pijn

Figuur 23



rug) scheef staat en dat u aan één kant in uw scheerlijnen hangt en zo de haringen uit de grond dreigt te trekken.

Kijk maar eens naar figuur 23. De onderste twee wervels hebben via stevige gewrichtsbanden (de iliolumbale banden, lees: de scheerlijnen) verbinding met de bekkenkam, zo ongeveer waar u de knobbeltjes links en rechts onder in uw rug voelt. Buigt u opzij naar links dan trekt u aan de rechterband en omgekeerd. Trekt u té hard, dan trekt u de banden als het ware van de botrand. U trekt de haringen uit de grond! Het beenvlies op de botrand is erg gevoelig. Dat weet u wel als u ooit uw schenen gestoten hebt.

Veel rugpatiënten hebben last van pijn links of rechts onder in de rug en soms aan beide zijden, wanneer ze de tentpaal alsmaar naar voren toe buigen. Ja, zult u zeggen, dan moet je dat ook maar niet doen! Dan moet je maar recht blijven staan. Eigen schuld! Maar zo simpel ligt het ook niet altijd. Er bestaan namelijk verschillende redenen waardoor iemand steeds één kant zal overbelasten.

Dat is het gemakkelijkste te verklaren door ervan uit te gaan dat u écht scheef bent door een echt beenlengteverschil. Dan hebt u alleen maar een hakverhoging nodig om weer recht te staan. Anders is het wanneer u scheef staat omdat het net gigantisch in uw rug geschoten is en u spit of misschien wel een hernia hebt opgelopen. Wanneer u dan lang zo scheef blijft staan, krijgt u zeker last van uw scheerlijnen. Dat krijgt u ook wanneer uw diepe buikspieren eenzijdig hard aangespannen zijn omdat er iets in uw buik niet in orde is en u daardoor scheef loopt. Maar u kunt

ook aan een gedraaide werkhouding denken, omdat de boodschappenband nu eenmaal aan één kant loopt en de kassa voor u staat. Of omdat een gaspedaal nu eenmaal altijd rechts zit, of omdat u gewend bent met springen altijd rechts af te zetten.

Advies

Dus als u bezig bent om uw haringen uit de grond te trekken, kijk dan eerst eens goed naar uw houding. Blijf niet onderuitgezakt in uw stoel zitten. Zet uw stoel eens anders voor de TV zodat u niet altijd op dezelfde manier gedraaid in uw stoel zit. Probeer de belasting links en rechts eens wat meer af te wisselen. Kijk trouwens ook uit dat uw matras intussen niet té ver is doorgezakt en een waterbed is nu ook niet alles. Ga eens wat meer bewegen, lopen en fietsen. En pas goed op met halfgebukte houdingen, stofzuigen, vegen, harken en tandenpoetsen. Let eens op de hoogte van uw werkblad en zet het eens iets hoger. Vermijd langdurig eenzijdige houdingen als lang staan en lang zitten, waardoor u extra in uw banden gaat hangen.

Maar, zoals gezegd, er kunnen natuurlijk ook al wat ernstiger oorzaken zijn. Daarom, als het al te lang duurt en het niet overgaat met een betere houding of meer beweging, dan wordt het tijd om de dokter te raadplegen. Maar tot die tijd, meer bewegen of ga maar eens kamperen!

Bekkeninstabiliteit

de achtergrond van bekkeninstabiliteit is nog niet duidelijk

Peri partum pelvic pain staat voor: pijn in de bekkenstreek rondom de bevalling. De meesten van ons kennen dit beeld onder de naam bekkeninstabiliteit. Ofschoon het beeld van de aandoening mijns inziens erg typisch is, is het toch nog steeds omstreken. Misschien komt dit enerzijds omdat we de achtergronden niet goed begrijpen en anderzijds omdat het vaak zó pijnlijk is dat gemakkelijk aan aanstellerij gedacht zou kunnen worden.

Typisch aan bekkeninstabiliteit is het ontstaan rond of na de bevalling. Heb je het echter eenmaal gehad rond de bevalling, dan is het goed mogelijk dat het bij een volgende zwangerschap al vrij vroeg in de zwangerschap, bijvoorbeeld vanaf de derde maand, opnieuw optreedt. De aandoening heeft de neiging om bij een herhaling erger te worden en langer te duren. Toch gaat het meestal vanzelf over!

De aandoening heeft dus kennelijk alles met zwangerschap, zwangerschapshormonen en bevallen te maken. Vele dagelijkse activiteiten worden ernstig verstoord, waarbij in het bijzonder de verstoring van het lopen erg opvalt. Tijdens liggen nemen de klachten gelukkig meestal wat af.

Veel patiënten ervaren een terugval tijdens de menstruatie en een verergering tijdens de volgende zwangerschap. Men vermoedt dat de oorzaak in overbelasting of beschadiging van de gewrichtsbanden rond bekken en lage rug gelegen is. Een combinatie van

hormonale factoren, gewrichtsbanden, spierzwakte en gewicht van de baby spelen mogelijk een rol.

Verschijselen

De pijn zit vooral gelokaliseerd rond de bekkengewrichten, links en rechts onder in de rug, maar ook ter hoogte van het schaambeen aan de voorzijde en in de liezen. Vaak bestaat er een uitstraling in de bovenbenen. Er is ook sprake van een loopstoornis, het lopen is vaak érg pijnlijk en de patiënten waggelen meestal 'als een eendje'. Lang staan, trappen klimmen, fietsen, het dragen van een boodschappentas of het hebben van gemeenschap is veelal pijnlijk. Ook zitten en zwemmen is pijnlijk. Terwijl liggen nog het beste gaat, is omdraaien in bed echter weer erg pijnlijk.

Therapie

Over oefentherapie wordt wisselend gedacht. Forse oefeningen en manuele therapie zouden mogelijk verergering geven, maar oefeningen in combinatie met bedrust zouden gunstig zijn. Een bekkengordel zoals ontwikkeld door Mens (1996) lijkt effectief, hoewel deze beter tijdens dan na de zwangerschap blijkt te helpen. Zelfs pogingen om zowel de SI-gewrichten als het schaambeen met schroeven vast te zetten hebben meestal niet tot het gewenste resultaat geleid. Gelukkig blijkt ook deze aandoening in veel gevallen vanzelf over te gaan, hoewel het soms lang kan duren. De tijdsduur wordt geschat op een gemiddelde dat in onderzoeken varieert van 6 maanden tot 2 jaar.

Spondylodiscitis

Ontsteking van de tussenwervelschijf (discitis) of van het wervellichaam plus de tussenwervelschijf (spondylodiscitis) is iets wat niet zo vaak voorkomt, maar wellicht zal toenemen nu er meer rugoperaties plaatsvinden.

Vroeger zag men spontaan optredende bacteriële infecties, meestal via de bloedbaan verspreid en zich nestelend in wervels of tussenwervelschijf. Meestal betrof het dan een vorm van osteomyelitis (beenmergontsteking). Tegenwoordig zijn deze infecties zeldzaam in de ontwikkelde landen. Wanneer een patiënt (vaak betreft het kinderen) een angina of urineweginfectie heeft doorgemaakt en daarna veel pijn in de rug krijgt, zou men hieraan moeten denken.

ontstekingen als gevolg van medische behandelingen

Tegenwoordig betreft het veel vaker iatrogene oorzaken (door geneeskundige behandeling ontstaan). Ontstekingen dus, ontstaan na medische ingrepen, als gevolg van onderzoek. Denk aan discografie, contrast inspuiten in de tussenwervelschijf, of epidurale injecties (ruggenprik) of als gevolg van operatief ingrijpen in de rug.

Postoperatieve wondinfecties ziet men bij 1% na een eenvoudige hernia-operatie en bij 6 tot 8% na rugoperaties met schroeven, cages en prothesen.

Natuurlijk lopen sommige mensen meer risico's dan anderen, zoals mensen met verminderde weerstand (immuundeficiëntie), suikerpatiënten of drugsverslaafden.

Verschijnselen

De symptomen variëren nogal, afhankelijk van de exacte oorzaak. Zonder voorafgaande infectie of medische ingreep wordt de diagnose vaak pas laat gesteld omdat symptomen als koorts vaak ontbreken. Soms helpt bloedonderzoek en bij verdenking biedt MRI-onderzoek vaak de meest betrouwbare vroege uitkomst. Afwijkingen op de röntgenfoto laten meestal langer op zich wachten.

klachten gaan ooit over

Artrose

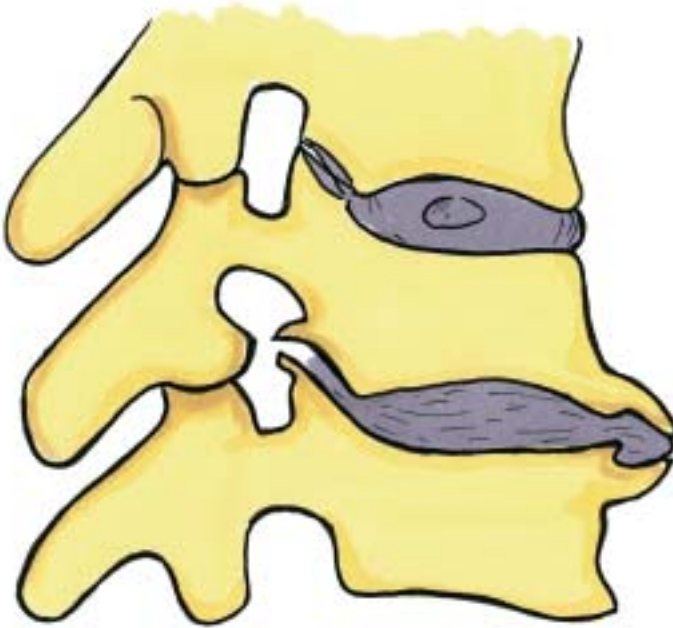
‘Volgens de Röntgenfoto’s is mijn rug versleten! Hoe kan dat nou? Ik ben nog geen dertig!’ Dan zit een mens toch maar vreemd in elkaar. Als huisarts kwam ik dagelijks in het bejaardentehuis, maar vrijwel nooit ben ik geroepen voor rugklachten. En die ruggetjes waren toch echt versleten! ‘Vroeger heb ik veel rugklachten gehad dokter, maar nu gaat het wel’, is wat ik te horen kreeg. Dus kennelijk gaan de klachten ooit over. Schrile troost als je net dertig bent. En waarom nu al versleten?

Misplaatste term

Meestal is het woord ‘slijtage’ hier niet op zijn plaats. Slijtage doet immers vooral denken aan overmatig gebruik en veroudering. Dit past misschien wél bij hoogbejaarden, maar niet bij jonge mensen. Op röntgenfoto’s kunnen we de volgende ‘afwijkingen’ zien die de kreet ‘slijtage’ oproepen.

Afwijkingen

Regelmatig ziet men een versmalde tussenwervelschijf. Wanneer de tussenwervelschijf beschadigd is (zie Spit of Chronische discopathie) raakt hij geleidelijk versmald. Eerder vergeleek ik dit proces met een fietsband die langzaam leegloopt. Je hebt bandenpech gehad. Je bent over een punaise gereden (zie Spit) of hebt een klapband opgelopen (zie Hernia) en je band is inmiddels leeggelopen en bijna plat. Je hebt dan niet de neiging om meteen te zeggen dat je fiets totaal versleten is. Jammer is wel, dat onze tussenwervelschijf meestal plat blijft en we er niet zo snel een nieuwe in zetten. Toch kan dat overigens wel, het plaatsen van een discusprothese. Als je flink blijft bewegen, pompt de tussenwervelschijf zichzelf nog wel een beetje bij, maar het blijft toch belabberd rijden en bij het fietsen voel je iedere hobbel in de weg. Dan regelt de natuur dat rondom een versmalde tussenwer-



Figuur 24

velschijf spondylose of spondylotische haakvorming ontstaat. Benige haken die de tussenwervelschijf min of meer inpakken.

Dus, de tussenwervelschijf is ingezakt, je band is slap. Rijden met een kapotte slappe band is een crime. Hij 'wobbelt' van de ene naar de andere kant. De wervels krijgen de kans om over elkaar heen te schuiven en de rug wordt instabiel (zie Instabiele discopathie). En nu gaat de natuur haar best doen om een zo goed mogelijke oplossing te vinden voor dit probleem. Zij gaat, bijna letterlijk, de leeggelopen tussenwervelschijf inpakken door het bot er overheen te laten groeien (zie figuur 24). Spondylotische haakvorming of spondylose noemen we dat.

Jammer genoeg wordt dit dan vaak voor slijtage, artrose en degeneratie versleten, maar ik noem het liever puntlassen. De natuur last een instabiel scharnier op deze manier vrijwel compleet aan elkaar. Zit het eenmaal vast, dan doet zo'n tussenwervelschijf niet meer mee en heb je er ook géén last meer van. Vandaar dat ouderen ook écht geen last meer van hun rug hebben. Akkoord, ze zijn wat stijver, maar dat doet geen pijn. Soms vragen we de chirurg om het vast te zetten (een spondylodese), maar neem maar van mij aan dat de natuur bij allerlei rugaandoeningen druk in de weer is om je beter te maken.

Nadelen

Dit puntlassen (spondylotische haakvorming) heeft op termijn maar enkele nadelige gevolgen. Door de uitwas aan de achter-

zijde kan het ruggenmergkanaal vernauwd raken en daardoor kan het ruggenmerg soms klem komen te zitten (zie: Neurogene claudicatio en Kanaalstenose/Syndroom van Verbiest). Door deze botaangroei kan ook de opening waar de zenuw door naar buiten moet wat vernauwd raken (recessusstenose). Hierdoor kan de zenuw dan soms bij een bepaalde stand of houding in de klem komen te zitten.

Spondylartrose

Door de versmalling van de tussenwervelschijf zakken ook de aan de achterzijde gelegen gewrichten dichter op elkaar en ontstaat irritatie van de facetgewrichten met mogelijke klachten (zie Facetsyndroom). Ook hiervoor biedt 'puntlassen' een oplossing. Liever géén gewricht dan een slecht gewricht, is kennelijk de gedachte van de natuur. Natuurlijk wordt je er wel iets stijver van, maar je hebt nog een groot aantal gewrichten over! Blijf in beweging en zorg dat de andere gewrichten in optimale conditie blijven.

Nu begrijpt u dat het mogelijk is dat men bij een willekeurige groep mensen zónder rugklachten méér artrose kon vaststellen dan bij een groep mensen mét rugklachten.

Bij grote zwaar belaste gewrichten, zoals het heupgewricht, is het lastiger om het nut van deze artrose te bewijzen, maar meestal doet het proces van de artrose meer goed dan kwaad. Het kwaad kan bijvoorbeeld ook gewrichtsontsteking door reuma of jicht zijn. Door de ontsteking raakt het gewrichtskraakbeen beschadigd en treden pijn en bewegingsbeperking op. Reumatische aandoeningen kennen op hun beurt weer vele soms onduidelijke oorzaken: erfelijke componenten naast bijvoorbeeld een allergie voor voeding. Door verstijving nemen ook hier de klachten bij de bewegingen af. De prijs die we ervoor betalen is dan de bewegingsbeperking. Dus als u hoort dat uw rug versleten is, is er juist weer hoop!

Coxartrose of 'versleten heup'

Zei ik eerder dat artrose een beschermende maatregel van de natuur is en dat de kreet slijtage niet op zijn plaats is, heupartrose lijkt een uitzondering op deze regel te zijn. Sinds de mens in de evolutie rechtop is gaan lopen, worden de heupen zwaarder belast dan voorheen bij de viervoeter. Niettemin lijkt het met de schade van deze enorme vooruitgang gelukkig nogal mee te vallen. Heupslijtage, coxartrose, is een kwaal van de ouderen onder ons en als we het krijgen is er meestal ook een constructiefoutje aan voorafgegaan. Als op het consultatiebureau al werd vastgesteld dat uw heupen niet goed gecentreerd stonden, blijkt u een verhoogde kans op slijtage van het heupgewricht te hebben. Net als wanneer de scharnieren van een deur eerder slijten wanneer

ze niet goed afgesteld zijn, zullen uw heupen sneller slijten bij een dergelijk aanlegfoutje. En wanneer u als jongetje van tien jaar een ontsteking van uw heup (coxitis fugax) hebt gehad of een afgeleden heupkop (ziekte van Perthes), dan stijgt de kans op het ontstaan van artrose van de heup.

Overigens zijn er niet veel aanwijzingen voor het ontstaan van heupslijtage door meer of minder gebruik van de heupen, dus houdt u wat dat betreft niet in om ze te gebruiken.

Merkwaardige oorzaken zag ik ooit vanuit alternatieve hoek, waarbij het leek of een verhoogde spanning in het lichaam de aanleiding voor de slijtage was. Opheffen van deze spanning (nota bene vanuit een hoektand of een litteken op de bovenlip! Zie het Toon Hermans-syndroom) gaf alsnog een aanzienlijke verbetering in de heupbeweeglijkheid, ondanks de bestaande artrose.

Klachten treden bij heupartrose meestal pas laat op. Kennelijk beschermt het proces op zich ons ook hier tegen het optreden van pijn door slijtage. Pas wanneer de bewegingen fors beperkt raken en men het been echt niet meer goed naar achter kan strekken en niet meer verder dan 90 graden kan buigen, komt men in de problemen. Fietsen, zitten en liggen gaan lange tijd nog goed, maar lopen wordt geleidelijk lastiger. In toenemende mate loopt men met een gebogen heup en wordt de paslengte minder.

Gelukkig is de geneeskunde al lang geleden begonnen met het plaatsen van heupprothesen en inmiddels zijn de technieken dusdanig gevorderd dat dit nauwelijks nog problemen oplevert.

Rugklachten die eigenlijk niet uit de rug komen!

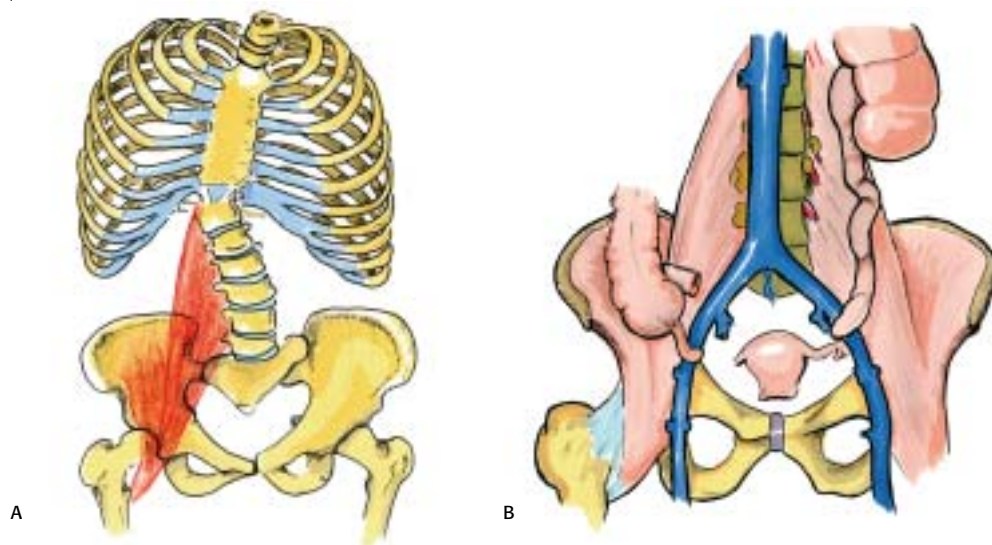
We weten allemaal dat vrouwen tijdens hun menstruatie wel eens rugklachten kunnen hebben. Meestal zitten ze daar niet zo mee, want na een à twee dagen is het wel weer over. Maar wat als we nu eens niet wisten dat de rugklachten daar vandaan kwamen? Wat zouden we dan moeten doen?

Aandoeningen in de buik, zoals een blaasontsteking, menstruatieproblemen, nierstenen en darmklachten, kunnen gemakkelijk aanleiding zijn tot rugklachten. Zo lang als die buikklachten dan maar flink opspelen is de relatie snel gelegd. Maar hoe weten we wanneer iemand rugklachten heeft vanwege zijn buik? Dat is lang niet altijd zo gemakkelijk vast te stellen. Daar kunnen we best wat hulp bij gebruiken.

*buikklachten kunnen aanleiding
zijn tot rugklachten*

Spieren

Diep in onze buik lopen twee heel stevige spieren. De iliopsoas, de spier die ons tot homo erectus, de rechtop gaande mens, heeft gemaakt. Vanaf de twaalfde borstwervel loopt deze spier links en rechts naar beneden, van achter uit de rug, door de buik naar voren toe, dan over de bekkenrand via de liezen naar de heup. Het zijn vooral deze spieren, die sterk reageren op alles wat er in



Figuur 25: A. Hypertonie van de iliopsoas. B. Oorzaken van iliopsoas hypertonie.

onze buik gebeurt. Worden ze eenzijdig geprikkeld, dan trekken ze iemand scheef en zien we een zijdelingse kromming (scoliose) van de rug ontstaan (zie figuur 25). Trekken ze beiderzijds, dan trekken ze de rug hol en in elkaar. Aangezien ze naar voren toe lopen, trekken ze u eerder wat naar voren en kunt u niet meer goed naar achteren buigen. Plat op uw rug liggen lukt ook niet meer zo goed, bij voorkeur zult u uw knieën wat optrekken. In feite bestaat er een behoorlijke spierspanning vanaf uw twaalfde borstwervel tot aan uw beide heupen toe en soms hoort u iets 'knoepen' in uw lies als u uw heupen beweegt. Dan schuift de strak gespannen iliopsoas met een hoorbaar knakje over de bekkenrand, wat u in de lies kunt voelen. Men spreekt over een 'snapping hip', maar toch heeft het niets met de heup van doen. Bij veel spanning op de iliopsoas is de hele wervelkolom gevoelig bij druk.

Het ergste is het wanneer de iliopsoas langdurig op deze manier blijft spannen en trekken. Dan knijpt hij bijna letterlijk uw hele lendenwervelkolom in elkaar. En dan krijg ik pas echt rugklachten! Soms wel zo erg dat uw ene tussenwervelschijf na de andere het begeeft en u zelfs de ene hernia na de andere krijgt, zonder duidelijke aanleiding. Van de röntgenfoto zeggen ze dan dat u scheef bent, dat ál uw tussenwervelschijven iets te smal geworden zijn en dat u versleten bent! Dan is het dus echt erg, zó erg dat ook de chirurg niets meer voor u kan doen.

Ooit zag ik een jonge vrouw van 29 jaar met véél rugklachten. De MRI vertoonde maar liefst drie hernia's tegelijk. De hoogste zat tussen de 12e borstwervel en de 1e lendenwervel. De andere twee

op lendeniveau. Let wel, drie hernia's tegelijk! En ze had niet eens onder de tram gelegen en geen gekke dingen gedaan. Uiteindelijk heeft de gynaecoloog haar rugklachten kunnen opheffen door de cysten, die hij in haar eierstokken vond, te verwijderen. Het zal je maar overkomen! Want dan heeft je rug dus écht veel geleden. En wát als eerst die drie hernia's geopereerd zouden zijn?

Verdediging

Nu zou het ook nog zo kunnen zijn dat de eenzijdige hypertonie van de iliopsoas een verdedigingsreactie is bij een discopathie of hernia, maar dat dit door de spierspanning weer een overbelasting betekent voor een niveau hoger of lager. Toch, wanneer je de ene hernia na de andere krijgt en je grossiert in rugklachten, dan moet je echt ook even verder denken. Het zoeken naar de oorzaak blijft belangrijk en daar kun je de dokter best een handje bij helpen!

Het 'Toon Hermans'-syndroom

Een heel merkwaardige oorzaak ligt trouwens soms in wat ik het 'Toon Hermans'-syndroom genoemd heb. De oorzaak van lage rugklachten is vaak maar moeilijk te achterhalen. Op het gevaar af 'alternatief' genoemd te worden, wil ik graag toch één merkwaardige oorzaak speciaal naar voren halen.

*als ik hier druk, doet het
dáár pijn*

Niets helpt

Het lijken wel de echte pechvogels te zijn: rugpatiënten met een lange voorgeschiedenis. Vaak zijn ze al wel één of meer keer terecht (én goed) geopereerd voor hernia en misschien is hun rug al vastgezet. Maar, tot verdriet van patiënt en behandelaar, wát er ook gedaan wordt, niets blijkt echt te helpen, de klachten komen steeds terug.

Stel u nu eens voor dat uw rugspieren alsmaar onder hoogspanning staan. Alsof er honderd kilo op uw rug drukt. Uw spieren, tussenwervelschijven, banden en gewrichten redden het niet. Wellicht ontstaat zo de ene hernia na de andere. En wat er ook aan gedaan wordt, zolang de hoogspanning en de honderd kilo blijven bestaan, zal niets je helpen.

'Mijn rug staat op vier niveaus vast, en er zijn ook vier cages in geplaatst. Ik kon voor de operatie al niet zitten en kan dat nu nog niet. Ben 10 december weer door de MRI-scan geweest en nu blijkt dat door de operaties littekenweef-

sel vastzit aan mijn zenuw. Daar is niks meer aan te doen bij mij. Als je het laat verwijderen komt het toch weer terug en dikwijls nog erger dan het al was. En ik heb nu eenmaal de pech dat ik heel veel bind/littekenweefsel aanmaak.'

Kan dat? Ja, bij wat ik het 'Toon Hermans'-syndroom genoemd heb.

'Sinds mijn buikoperatie is mijn rug niet goed dokter. Die operatie liep toch al niet zo lekker, maar daarna is het állemaal begonnen. Ik weet het zeker!' Nu mag u die buikoperatie ook rustig vervangen door een knie- of teenoperatie of door een ongeval of zo. Maar gek is het wel. 'Na mijn teenoperatie doet mijn rug zeer'. Dus ongeveer zoals Toon Hermans omschreef: 'Als ik hiér druk, doet het dáár pijn.'

Bij onderzoek zijn vooral de diepe buikspieren (de iliopsoas) zéér sterk gespannen en bij betasten doet de héle rug zeer. Iemand kan maar moeilijk achteroverbuigen, want dan trekt het in de liezen of in de buik. Dit kan natuurlijk het beeld van de Interne aandoeningen zijn (zie Interne aandoeningen), maar soms is ook daar niets te vinden.

Mijn eerste ervaring met het 'Toon Hermans'-syndroom wil ik hier graag even kwijt. Van 1972 tot 1982 ben ik huisarts geweest. In mijn praktijk had ik een aardige oudere dame van rond de 65 jaar, die al ruim 40 jaar lang last had van buikpijn en obstipatie. De geneeskunde had alles gedaan wat mogelijk was om haar te helpen. Blindedarm eruit, galblaas eruit, nier geopereerd, baarmoeder verwijderd, eierstokken eruit, nog een metertje darm verwijderd en toen nog eens vijf keer geopereerd voor de daarna optredende verklevingen. Wat bleef was de buikpijn en de obstipatie. Ik ging er wekelijks koffie drinken. Dat hielp haar een beetje. Toen het weer eens heel erg was, besloot ik dat ik maar eens iets 'alternatiefs' voor haar zou gaan zoeken. Ik kocht het boek van Paul van Dijk: *Alternatieve Geneeswijzen in Nederland*. Doorgebladerd en gestrand op het hoofdstuk Neuraaltherapie. Daarin stond dat als iemand geopereerd was hij wel eens last kon krijgen van die operatie en van de littekens. Littekens konden 'stoorzendertjes' worden, waardoor je dan weer klachten kreeg. Een beetje plaatselijke verdoving zou tot blijvende oplossing kunnen leiden. Ik vond dat wel interessant

en bovendien, een beetje verdoving inspuiten kan weinig kwaad en dat kon ik zelf ook wel doen. Handboek over neuraaltherapie gekocht. Moeilijker hoefde het niet te worden, dus de stoute schoenen aangetrokken. Ik zou het proberen. Wat haar betrof had ik ook met een zaag aan mogen komen. Gaat u maar eens liggen, dan zal ik die littekens wel eens inspuiten. De eerste operatie was de blindedarm. Spuit ik een halve milliliter verdoving in. Zegt zij: 'Dokter, kan dat nu al helpen.' Ik nog: 'Nee, want ik ben nog lang niet klaar en ik begrijp er trouwens niets van als het wel zou helpen.' 'Hmm...', zegt ze, 'en toch helpt het!' 'Dat meen je niet!' 'Nou, als u het me nu zou vragen heb ik geloof ik géén buikpijn meer en het lijkt trouwens wel of ze de wc in mijn buik doortrekken!' Ik heb die prikken nog een aantal maal herhaald en sindsdien heeft ze nooit meer buikpijn gehad!

Hoe het kan weet ik niet, maar het heeft mijn visie op ziekte en gezondheid wel veranderd! Gelukkig heb ik dit 'secondefenomeen' uit de neuraaltherapie later nog vaak mogen meemaken.

Ofschoon niet wetenschappelijk bewezen, denk ik dat dit ‘Toon Hermans’-syndroom inderdaad bestaat. Het lichaam maakt iets mee dat hem niet zint en slaat op tilt. Er gebeurt iets tussen je oren, in je harde schijf. Het systeem ‘loopt vast’. Oplossing in computertermen: ‘control-alt-delete’.

Nu klinkt dat gek, maar wanneer men inderdaad die teen ‘behandelt’ met vormen van reflextherapie, blijken de spieren zich te ontspannen en herstelt de rug zich voor zover dat anatomisch nog mogelijk is. De eenmaal opgelopen hernia’s kunnen niet vanzelf meer verdwijnen, maar als de spanning van de rug af is, blijken de klachten toch snel minder te kunnen worden. Ik heb het in ieder geval regelmatig gezien.

Trouwens, een goede mogelijke verklaring voor dit fenomeen van gestoorde cerebrale verwerking wordt gegeven in het boek van Dr. David Servan-Schreiber (2003) *Uw brein als medicijn*, waarin hij gebrekkig functioneren van het emotionele brein, het limbische systeem, verklaart vanuit pijnlijke ervaringen die in het verleden hebben plaatsgevonden, zonder verband met het heden, maar die zich onuitwisbaar in het emotionele brein hebben vastgezet. En deze ervaringen blijven dikwijls ons gevoelsleven en ons gedrag controleren, soms nog na tientallen jaren.

Myalgie

Bij lage rugpijn zullen velen van ons in eerste instantie aan spierpijn denken, ook al wordt medisch vaak gedacht aan aandoeningen van de tussenwervelschijf, zenuwen of gewrichten. Duidelijk is dat spierpijn vrijwel altijd een obligaatsymptoom bij rugklachten is. Het zal niet vaak voorkomen dat er bij rug of nekklachten géén verhoogde spierspanning wordt gevoeld. Onze spieren moeten meestal wel in actie komen bij de verdediging tegen rugklachten. Echte spierproblemen zijn ofwel het gevolg van overmatig gebruik, zoals na trainingen of overbelasting met een ‘spierkater’, of door te weinig gebruik of ‘disuse’, of in zeldzame gevallen door spierziekten.

Nu zijn er ook mensen die beweren dat de meeste rugklachten vanuit de spieren veroorzaakt worden en die daarom specifieke trainingsprogramma’s aanbevelen. ‘Ein stärker Körper kennt keinen Schmerz’, beweert Kieser, die bezig is met zijn trainingscholen Europa te veroveren. Het optreden van spiervetring is voor sommigen reden genoeg om toch vooral oefeningen te doen. Immers: ‘If you don’t use it, you lose it!’ is de slogan. Een stevig spierkorset zal zeker bijdragen aan de preventie van lage rugklachten en, zoals al eerder benadrukt, is beweging voor uw rug een must. De voorgestelde trainingsprogramma’s van Kieser zullen dan ook niet schaden, maar bijdragen aan een sneller herstel. En wat de oorzaak van rugklachten ook moge zijn, als behandeling worden fysiotherapie en oefentherapie wereldwijd

spierspanning speelt vaak een rol bij rugpijn

geadviseerd. In de literatuur bestaat echter weinig eensgezindheid over welke oefeningen de meeste aanbeveling verdienen.

Oefeningen

De oefeningen die gebruikt worden, zijn grofweg te verdelen in zes categorieën:

- flexie-oefeningen;
- extensie-oefeningen conform McKenzie;
- stabiliserende oefeningen;
- algehele conditie-oefeningen;
- krachttraining;
- het corrigeren van spierdysbalans.

Elk programma veronderstelt een andere oorzaak voor de pijn.

- Flexie/extensie-programma's hebben betrekking op wortelcompressie en discopathie (foramenstenose; bulging disc; McKenzie- en Williams-oefeningen)
- Isometrische stabiliserende oefeningen ter stabilisatie bij discuspathologie
- Invoer van een fitnessprogramma ter verbetering van de algehele conditie

Het vaker voorkomen van rugklachten bij 'de minst fitte' brandweermannen was onder meer aanleiding tot de invoering van fitnessprogramma's.

Ook bij multidisciplinaire pijnbehandeling is conditietraining een onderdeel van de behandeling. De aanwijzing dat de spierkracht bij mensen met lage rugklachten duidelijk minder is, is eveneens aanleiding tot training geweest. De vraag blijft natuurlijk of dit krachtsverlies primair of secundair is, maar het blijkt wel te corrigeren door oefeningen.

- Spierbalanstheorieën gaan er vanuit dat de bron gelegen is in het uit balans zijn van spiergroepen, vooral tussen agonisten en antagonist (spieren die elkaar in evenwicht moeten houden, zoals de biceps en de triceps). De theorie suggereert dat een slechte spierfunctie ook de gewrichtsfunctie nadelig verandert. Door nu een abnormale spierlengte te corrigeren, zullen spieren en gewrichten weer optimaal functioneren. Het wil niet suggereren dat spieren op zich de pijn veroorzaken.

Toch luidt de eindconclusie bij vergelijkend onderzoek dat geen van de gebezigde methoden werkelijk superieur is. Wellicht dat spierversterkende oefeningen bij chronisch lage rugklachten iets efficiënter zijn.

Spieren veroorzaken pijn door kramp, spanning, spierdeficiëntie (zwakte en stijfheid) en trigger points. Trigger points zijn gevoelige pijnlijke plekken in een spier die bij activiteit mogelijk leiden tot pijn op afstand.

Défense musculaire

Verdediging met of door spieren. Wanneer er in het lichaam iets ernstigs aan de hand is, zullen we ons met spierspanning verdedigen. Dit zien we tijdens het optreden van spit, maar ook bij een acute blindedarmontsteking, waarbij de buik plankhard kan worden. Natuurlijk zal een dergelijke spierspanning die langer aanhoudt ook tot spierpijn en tot een spierkater kunnen leiden. Bij onderzoek van de rug komen we ook vaak versterkte en verminderde spierspanning tegen. Wanneer de 'buigers' té gespannen en hypertoon (versterkte spierspanning) zijn, moeten de 'strekken' wel ontspannen en hypotoon (verminderde spierspanning) zijn om in balans te kunnen blijven. Maar wanneer deze hypertonie langdurig en éénzijdig aanhoudt, leidt het tot een balansverstoring van het geheel en tot houdingsverval.

We zagen al dat een stoornis in een segment tot irritatie van andere onderdelen van dat segment kan leiden en aldus aanleiding tot een kettingreactie vormt.

Spijertaining kan het herstel van de balans betekenen. Wel moeten we oppassen dat de negatieve oorzaak van de spierreactie zo goed mogelijk hersteld is. Indien de spierspanning ontstaat als een verdediging (*défense musculaire*), zoals bij een scheurtje in de tussenwervelschijf, heeft het bestrijden van de spierspanning pas nut als er langs andere weg goed voor de tussenwervelschijf gezorgd wordt. Het domweg geven van spierontspanners is dan ook eigenlijk een kunstfout.

Spijerkorset

Vaak wordt gesteld dat het trainen van een 'spijerkorset' van voordeel zou kunnen zijn voor een instabiele rug of bij discopathie. Indien het lukt de spieren goed te trainen zonder tegelijkertijd de rug te overbelasten, dan denk ik dat dit inderdaad van voordeel kan zijn. Té vaak zie ik echter dat iemand tijdens het trainen zijn rugklachten juist weer oploopt, door zijn tussenwervelschijven te overbelasten. Dan is het middel dus erger dan de kwaal. Ook moet je bedenken dat hoe sterk je spieren ook zijn, ze niet altijd gespannen kunnen staan en ooit zullen moeten uitrusten. Dit is voor mij ook de reden dat ik soms voor een korset pleit (zie Behandeling: de zin van een korset).

Fibromyalgie

Pas in 1990 kreeg fibromyalgie enige erkenning. Voor die tijd werd het gezien als 'weke delen-reuma' en 'psychogeen reuma'. Toch is het nog steeds moeilijk om voldoende begrip te krijgen bij klachten in deze richting omdat het spier en bloedonderzoek niet afwijkend is. Fibromyalgie wordt gezien als een syndroom (een verzameling symptomen) dat men kan terugvinden bij patiënten met chronische (langer dan 3 maanden bestaande) pijn. Deze pijn dient zich in ten minste drie lichaamsregio's te bevin-

*een verzameling van
symptomen*

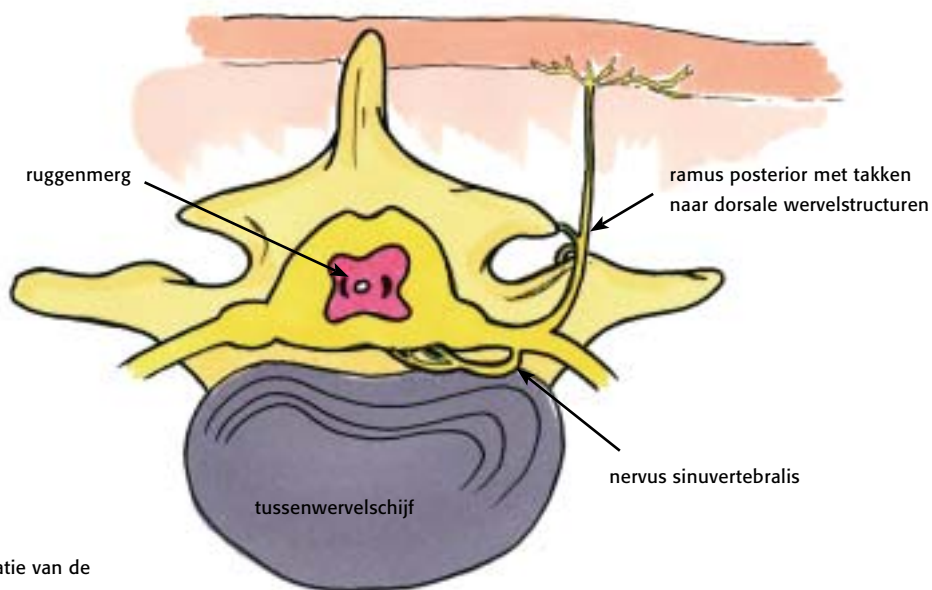
den, zowel in de linker als rechter lichaamshelft, boven en onder de taille en in wervelkolom en borstkas. Bij drukpuntonderzoek dienen ten minste 11 van de 18 drukpunten pijnlijk te zijn. Behalve deze wijdverbreide pijn wordt vaak geklaagd over slaapproblemen, vermoeidheid en ochtendstijfheid. Het is nog steeds zeer de vraag in hoeverre fibromyalgie gezien moet worden als een aparte ziekte. Ongeveer 20% van de patiënten met chronische pijnklachten zullen dergelijke klachten aangeven.

Fibromyalgie komt bij ongeveer 2% van de bevolking voor en veel vaker bij vrouwen dan bij mannen. Over de oorzaak is vrijwel niets bekend. Mogelijk spelen genetische factoren een rol, maar ook een ongeval zou de oorzaak kunnen zijn. Gezien de klachten denkt men aan een centrale stoornis. Er lijken lichte en zwaardere gevallen voor te komen. De prognose van fibromyalgie is somber. Meer dan de helft van de patiënten vindt dat de klachten bij het ouder worden toenemen. Mogelijk dat antidepressiva een positief effect hebben. Het leren omgaan met de klachten lijkt wel effect te hebben op de mate van pijn, angst en depressie.

Het Facetsyndroom

verschillende vormen van pijn

De term 'facetsyndroom' wordt gebruikt voor pijn die uitgaat van facetgewrichten. Lokale gewrichtsafwijkingen kunnen lokale pijn veroorzaken ter hoogte van de lumbale wervelkolom, maar kunnen ook uitstralende pijn veroorzaken. Deze pijn is anders dan de radiculare pijn die door zenuwafklemming veroorzaakt



Figuur 26: Innervatie van de wervelstructuren.

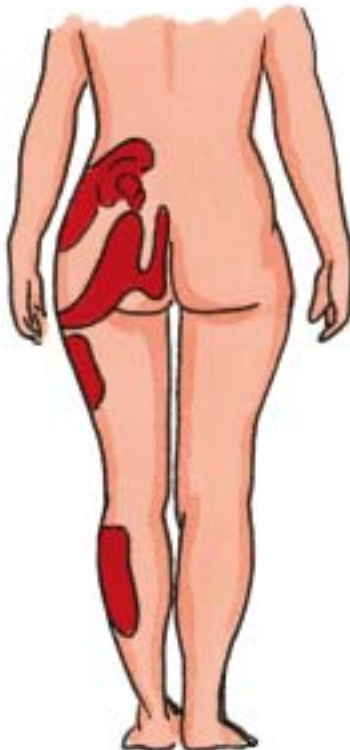
wordt. Men spreekt van 'pseudo-radiculaire pijn', maar zelf zou ik liever de term 'non-radiculaire pijn', dus 'niet radiculair', gebruiken.

Voor de lokale pijnklachten is het gewrichtskapsel verantwoordelijk. Dit gewrichtskapsel wordt rijkelijk van zenuwvezeltjes voorzien. Het aan de buikzijde gelegen deel van de wervelkolom wordt verzorgd door een andere zenuwbundel die naar voor toe verloopt.

Pijn die afkomstig is van de intervertebrale gewrichten wordt als oppervlakkig ervaren en naast de wervelkolom geprojecteerd. Pijn die uitgaat van de tussenwervelschijf en omringende ligamenten wordt als doffe, diepe pijn ervaren.

Funciestoornis

Het facetsyndroom gaat vrijwel altijd gepaard met een functiestoornis in het gewricht, gevolgd door asymmetrisch gedrag van de wervelkolom. Ongetwijfeld hangt het facetsyndroom in de meeste gevallen oorzakelijk samen met een discusdegeneratie. Elke afwijking van de tussenwervelschijf heeft een nadelige invloed op de stabiliteit van de beide aangrenzende wervels en



Figuur 27

daardoor op de intervertebrale gewrichten (facetgewrichten). Een op zichzelf pijnloze afwijking van de tussenwervelschijf kan aldus leiden tot pijnlijke gewrichtsprikkeling, met kraakbeen-prikkeling, op den duur leidend tot spondylartrose, de zogenaamd ‘degeneratieve’ gewrichtsverstijving. Wellicht ook dat het meespelen van andere oorzakelijke factoren als discusdegeneratie mede debet is aan het veelal slechts geringe effect van lumbale ‘facetdenervatie’, het verdoven en uitschakelen van de zenuwtakken die het facetgewricht van gevoel voorzien.

Het facetsyndroom kan ook het gevolg van traumatische overbelasting, door sportletsels bij turnen, judo, volleybal en andere sporten waarbij overmatig achterwaarts doorbewogen wordt.

De pseudoradiculaire uitstraling bij het facetsyndroom is nog niet helemaal opgehelderd, maar gedacht wordt aan de overdracht door segmentale irritatie. Bij punctie met een naald in een intervertebraal gewricht werden bijvoorbeeld uitstralingen gezien zoals afgebeeld in figuur 27. Een prik in de rug levert aldus pijn op die tot in de kuit kan uitstralen zonder dat daarbij de zenuw wordt aangedaan. Overigens wordt één facetgewricht minimaal door drie zenuwniveau's verzorgd.

Soms is onderscheid met radiculare prikkeling dus lastig. Samenvattend kan men echter het volgende stellen: radiculare prikkeling (zenuwafklemming) gaat gepaard met uitval, het verlies van gevoel, kracht, controle en reflexen. Pseudoradiculaire prikkeling gaat gepaard met overprikkelingsverschijnselen: hyperaesthesie of overgevoeligheid; hyperreflexie of versterkte reflexen; hypertonie of verhoogde spierspanning.

Nu kan gewrichtskapselontsteking en gewrichtszwelling door artrose uiteindelijk ook leiden tot zenuwwortelirritatie, omdat de zenuwwortel door de opening moet die van achter begrensd wordt door de facetgewrichten.

Op de foto (figuur 28) ziet u dat het bovenste ronde gat (foramen of recessus genaamd), achter de tussenwervelschijfspleet duidelijk kleiner geworden is dan het onderste gat. Dit kan leiden tot zenuwafklemming in het gat. Op deze manier kan dus spondylartrose uiteindelijk leiden tot compressie van een zenuw. Toch valt dit in de praktijk weer vaak mee. Zolang het segment nog beweeglijk is, kan het inderdaad tot afklemming komen. Stel dat u langere tijd met een holle rug staat omdat u een lamp aan het plafond wilt hangen, dan kan de zenuw in de klem komen en vervolgens op gaan zetten, net zoals wanneer uw vinger tussen de deur zit. Wanneer u dan maar weer lang genoeg voorover blijft staan, komt de zenuw weer vrij en kan hij weer slinken. Dit kan natuurlijk een paar dagen duren en gaat sneller wanneer u ontstekingsremmende pillen slikt. Wanneer het niveau door nog



Figuur 28

meer artrose ('slijtage!') goed vast zit, zal ook dit niet meer gebeuren (zie Artrose).

Radiculaire syndromen komen eventueel in aanmerking voor operatie. Pseudo-radiculaire syndromen niet. Hier helpt fysiotherapie of manuele therapie, dan wel injecties in het gewricht. Bij zeer hardnekkige gevallen gaat men soms over tot uitschakelen van de zenuwvoorziening van zo'n gewricht zelf (gewricht-denervatie).

Spondylolysis en spondylolisthesis

Spondylolysis is een stoornis in de botopbouw van de wervelboog. De wervelboog is de benige ring om het ruggenmerg heen, die achter het wervellichaam ligt. De boog is dan op één of twee plaatsen niet gesloten (zie figuur 29). Nu betekent dit niet dat er totaal géén verbinding is, zoals het plaatje suggereert, want de benige verbinding wordt vervangen door kraakbeen en bindweefsel.

Figuur 29

De afwijking is te zien op röntgenfoto's van de rug, in het bijzonder op de driekwart-opnames (schuin van achter opgenomen foto). In 85% van de gevallen betreft het de 5e lendenwervel en in 15% de 4e lendenwervel. Spondylolysis zou bij 5-10% van de bevolking voorkomen. Bij de Inuit, de 'eskimo's' van Groenland en Canada, trouwens vaker (er worden getallen tot 23% genoemd). De oorzaak is niet duidelijk. Er bestaan verschillende theorieën over. Wellicht is sprake van een aangeboren afwijking, mogelijk het gevolg van een ongeval, een groeistoornis of een vermoeidheidsfractuur. Het laatste wordt tegenwoordig als meest waarschijnlijk geacht. Breuk van de boog door herhaal-



de overbelasting op jonge leeftijd, waarbij de genezing door de herhalingen niet tot stand komt en er een 'pseudo-artrose' (een soort schijngewricht) ontstaat. Deze overbelasting zou mogelijk nog de prijs zijn die we moeten betalen voor onze evolutie, in het bijzonder voor onze opgerichte houding. De te holle houding zou dan de directe aanleiding zijn. Men denkt zelfs dat het ouderwetse 'bakeren', het inwikkelen en daardoor strekken van de heupjes en rekken van de iliopsoas, een rol zou kunnen spelen. In de dierenwereld komt spondylolysis overigens niet voor. Ook zou spondylolysis bij bepaalde sporten als turnen, gewichtheffen en schoonspringen iets meer voorkomen. Maar of dit dan oorzaak of gevolg is, weten we niet.

Belangrijk is, dat de meeste lijdende aan deze aandoening géén klachten hebben. Als mensen al last hebben, denken we hierbij vooral aan instabiliteit van het niveau, waardoor de tussenwervelschijf en de gewrichtsbanden problemen kunnen krijgen (zie Instabiele discus). Bij dubbelzijdige lysis bestaat het gevaar voor 'afglijden' van de wervel naar voren, de spondylolisthesis. Spondylolisthesis betekent dus het afglijden van het wervellichaam (de ronde schijf) naar voren. Daardoor gaat natuurlijk alles wat er bovenop staat ook mee. Zie figuur 30.

Zoals gezegd komt dit dus vooral voor (85%) tussen de 5e lendenwervel (L5) en het heiligbeen (S1), en soms tussen L4 en L5. Spondylolisthesis is zeker in de helft van de gevallen een gevolg van de spondylolysis als hierboven beschreven. Als dit afglijden



Figuur 30

bestaat, blijkt het evenwel zelden toe te nemen. Aanleiding tot het afglijden zit waarschijnlijk vooral in de schuine stand van de wervel L5, die meestal onder een hoek van 40 graden staat. Ook speelt de flexibiliteit van de tussenwervelschijf hierbij een rol.

In 25% van de gevallen bestaat er een degeneratieve vorm van spondylolisthesis. Dit komt meestal door afwijkingen in de tussenwervelschijf, die uitdroogt en versmalt (als een slappe band) en daardoor meer speling (instabiliteit) in de wand toelaat (zie instabiliteit). De mate van afglijden is hierbij nooit erg hoog. In veel gevallen komt dit op het niveau L4-L5 voor en dan vooral bij mensen boven de veertig jaar.

Spondylolisthesis kan klachten geven maar verloopt meestal probleemloos. Treden eenmaal klachten op, dan hebben deze het kenmerk van instabiliteit, ofschoon bij functieopnames (foto's bij buigen of strekken van de rug) lang niet altijd verschuiving te zien is. Vaak betreft het ook hier klachten van de tussenwervelschijf of van de gewrichtsbanden. Slechts een enkele keer bij een volledige lysis en listhesis waarbij de afschuiving erg groot is, kunnen grotere problemen en zenuwafklemming optreden. Ooit zag ik een meisje van tien jaar dat niet meer volledig kon bukken en ook niet meer rechtop kon zitten. Zij bleek een 4e graad listhesis te hebben, waarbij L5 volledig afgegleden en vóór S1 gezakt was. Natuurlijk is dit zéér uitzonderlijk.

Slechts zeer zelden is operatief ingrijpen nodig. Meestal volstaat geruststelling en het advies om zeer zware belasting te vermijden, naast houdings- en bewegingsinstructie. Sporadisch is een korset nodig.

De ziekte van Bechterew

De ziekte van Bechterew is een reumatische aandoening, dus een vorm van reuma. Een andere naam ervoor is spondylitis ankylopoetica, wat staat voor ontsteking en verstijving van wervels, maar eigenlijk is er nog meer aan de hand en raken ook andere gewrichten ontstoken om vervolgens te verstijven.

een vorm van reuma

Erfelijk

Men schat het voorkomen ervan op 2 per 1000 Nederlanders. Erfelijke factoren lijken een belangrijke rol te spelen. Wanneer iemand in de familie de ziekte van Bechterew heeft, wordt de kans om het te krijgen twintig maal groter. Het komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen en bij vrouwen verloopt de ziekte vaak ook milder. De oorzaak is onbekend, zoals trouwens ook bij alle andere vormen van reuma. Men denkt dat infecties in het lichaam, van darmen en urinewegen, aanleiding zouden kunnen zijn, maar vast staat dat een erfelijke factor, bekend als het Human Leucocyte Antigen of HLA B27, een rol speelt. Bij 90% van de patiënten komt deze factor voor. Mensen die dit HLA hebben, vertonen een grotere kans op het ontwikkelen van de ziekte,

maar slechts een klein percentage krijgt de ziekte. Opvallend veel mensen met de ziekte van Bechterew hebben ook last van andere reumatische afwijkingen zoals Colitis Ulcerosa of de ziekte van Crohn. Mogelijk bestaat er een verband tussen darmproblemen en gewrichtsklachten.

Jonge mensen

De klachten beginnen vaak in het gebied van de bekkengewrichten, met wat vage uitstraling richting bovenbenen. Voor mij zijn een paar dingen erg opvallend bij deze aandoening. Het begint veelal bij jonge mensen (15 tot 30 jaar) die vooral klagen over nachtelijke pijn. Terwijl het overdag veelal redelijk goed gaat, worden ze 's nachts wakker van de pijn en kunnen ze bijna niet meer in slaap komen. Het lijkt wel of ze de wekker erop gelijk kunnen zetten. Zonder pijn naar bed en twee uur later wakker van de pijn. De pijn lokaliseert zich vaak rond een bekkengewricht of in de heupregio. Het bijna gebruikelijke verhaal van pijn met zitten, staan, bukken en slenteren overdag ontbreekt. Ook hebben ze geen spit gehad. Misschien zit er al reuma in de familie?

Bij het lichamelijk onderzoek van deze nog veelal jonge mensen valt vaak maar weinig te vinden. Gek genoeg reageren ze opvallend goed op ontstekingsremmers, vooral op antireumatica. Eén of twee tabletjes, en de nachtelijke pijn kan weer voor dagen verdwenen zijn. In de praktijk gebruik ik dit verschijnsel dan ook vaak om de aandoening op het spoor te komen. Ook het feit dat gewrichtsmanipulaties hier veelal tijdelijk tot meer klachten leiden, is opvallend.

Verloop

In het begin van de ziekte is vooral sprake van pijnlijke gewrichtsontsteking. In de loop der jaren ontwikkelt zich dan stijfheid door de vergroeiing, artrose en ankylose. De gewrichtsklachten hebben vaak een springend karakter. Nu eens de pols, dan weer de enkel of knie, of onder de voet en dan weer het borstbeen dat pijnlijk is. Soms ontstaan geleidelijk zwellingen en vergroeiingen in deze gewrichten, maar dit hoeft lang niet altijd het geval te zijn. Zelfs oogontstekingen kunnen voorkomen. Naar schatting heeft 20-30% van de mensen met Bechterew soms last van een dergelijke oogontsteking of iridocyclitis. Het oog is rood, traant en is pijnlijk.

De ziekte van Bechterew wordt meestal pas laat onderkend, omdat bij lichamelijk onderzoek en op röntgenfoto's in het begin meestal geen afwijkingen te vinden zijn. Later, wanneer de verstijving eenmaal een feit is, zijn de röntgenfoto's overduidelijk en zijn bewegingen opvallend stijf, zodat de diagnose dan gemakkelijk gesteld wordt. Cynisch genoeg is dan de nachtelijke pijn vaak verdwenen.

Syndroom van Reiter

Een aandoening die erg veel gelijkenissen vertoont met de ziekte van Bechterew en er maar moeilijk van te onderscheiden valt is het syndroom van Reiter. Deze gewrichtsontsteking in samenhang met urineweginfectie, darmontsteking en oogvliesontsteking bij mannen tussen de 20 en 40 jaar, die meestal HLA B27 positief zijn, werd in 1916 door de Duitse legerarts Hans Reiter als soldatenziekte beschreven. Duidelijk is dat de aandoening erg veel overeenkomsten vertoont met Bechterew. Onduidelijk is of het onderscheid een meerwaarde bij de behandeling oplevert.

Osteoporose en fractuur

Osteoporose staat voor het poreus worden van bot. In principe is osteoporose een aandoening die zowel bij vrouwen als bij mannen voorkomt en voornamelijk bij oudere mensen. Door osteoporose worden je botten broos en kun je ze dus gemakkelijker breken. Dit kan zover gaan dat je soms spontaan door je wervels kunt zakken, maar oudere mensen breken bij vallen ook vaker hun heup of pols door osteoporose.

Boven de 55 jaar komt osteoporose vaak voor. Men schat zelfs bij 1 op de 3 vrouwen en 1 op de 8 mannen. Hormonen of juist het gebrek aan hormonen blijken een belangrijke rol te spelen. Vrouwen die op jongere leeftijd hun eierstokken kwijtraken en daardoor minder hormoonproductie hebben, zullen al vroeger osteoporose krijgen. Door DXA-meting kan de mate van osteoporose gemakkelijk worden vastgesteld. Jammer genoeg wordt osteoporose echter meestal pas ontdekt wanneer men iets gebroken heeft.

Wanneer oudere mensen spontaan veel last van hun rug krijgen met pijn midden in de rug kan er sprake zijn van zo'n spontane wervelfractuur. Daardoor kunnen oudere mensen ook gemakkelijk enkele centimeters inzakken en krommer worden.

*bij osteoporose worden de
botten broos*

Nog enkele andere ziektebeelden die kunnen samenhangen met rugklachten

Meralgia paraesthetica

Meralgia paraesthetica beschrijft het hebben van tintelingen en vooral een doof, vreemd soms wat branderig gevoel in de voor/buitenzijde van het bovenbeen. De oorzaak is de afklemming van een zenuwtak. Het betreft de nervus cutaneus femoralis lateralis, een takje van de nervus femoralis dat het gevoel van de huid aan de voorzijde van het bovenbeen verzorgt. Dit zenuwtakje kan afgeklemd raken op de plaats waar het door de buikwand naar buiten komt en dan onder een hoek van 90 graden naar beneden moet. Dat plekje ligt vanaf de voorste punt van de bekkenrand zo'n 3 cm naar het midden. Door strakke kleding, een riem of domweg omdat we rechtop lopen kan dit zenuwtakje in de

buikwand beklemd raken. De geneeskunde spreekt van meralgia paraesthetica.

Het is de meest voorkomende zenuwafklemming van een oppervlakkige huidtak. Het is zeker geen ernstige aandoening, hooguit is het dove gevoel irritant. Je mag er niet aankomen, want dat voelt zo vervelend, zal men zeggen.

Bursitis trochanterica

Een ontsteking van de slijmbeurs die de zijkant van de heupkop, de trochanter, moet beschermen tegen al te veel druk van buiten, noemen we een bursitis trochanterica. Wanneer wij kwetsbare spullen willen beschermen tegen druk en beschadiging, zullen we piepschuim of verpakkingsmateriaal met luchtkussentjes gebruiken om de uitstekende delen af te dekken. Het lichaam zet hiervoor slijmbeurzen in, kussentjes gevuld met slijm, die drukbelasting en wrijving goed kunnen opvangen. Dergelijke slijmbeurzen kunnen we op verschillende plaatsen in het lichaam terugvinden. Wanneer de druk of de wrijving echter te groot wordt of té lang aanhoudt, raakt zo'n slijmbeurs zelf geïrriteerd en ontstaat een steriele ontsteking van de slijmbeurs. De slijmbeurs zwelt op en wordt drukpijnlijk. Bekend zijn de slijmbeursontstekingen van elleboog, de mijnwerkerselleboog, en de slijmbeursontsteking van de knie, het pastoorsknetje en de *housemaid's knee*. Een bursitis trochanterica komt regelmatig voor. De oorzaak is dus meestal overbelasting of te veel druk op de slijmbeurs. Zeldzaam is een spontane slijmbeursontsteking door jicht. De overbelasting is meestal weer een gevolg van een afwijkende stand van het bekken. Wanneer we steeds op een been staan en in de heup gaan hangen, zal de druk op de slijmbeurs te groot kunnen worden en zal een ontsteking ontstaan. Een bekkenscheefstand, bekkerverwringing of eenzijdige psoasprikkeling kunnen zo de oorzaak zijn van regelmatig terugkerende bursitis trochanterica.

De 'snapping hip'

Iets in de heupregio dat 'knap't' of een geluid geeft als een vingerknip, noemt men een 'snapping hip'. Hierbij denkt men natuurlijk direct aan een aandoening van de heup. Toch is de 'snapping hip' géén heupafwijking en is de benaming dus eigenlijk misleidend en onjuist. De term staat voor het geluid, de 'knoep', die je soms kunt horen wanneer iemand zijn been naar voren strekt of vanuit liggende houding naar boven en weer terug beweegt. Meestal zit de 'knoep' in de lies, daar waar zich in de diepte de heupkop bevindt. Soms zit de 'knoep' aan de zijkant van de heup, boven de trochanter (zie bursitis trochanterica). De 'knoep' ontstaat doordat een (te) strak gespannen spier over een benige bobbel moet schuiven tijdens een beweging.

In de lies betreft dit de musculus iliopsoas die over de rand van het schaambeentje schuift. Wanneer je je hand in je lies legt, kun je

de 'knoep' ook voelen tijdens de beweging. Vaak ligt de oorzaak dan in de hypertonie, de óverspanning van deze iliopsoas.

Aan de zijkant is het de spanning in de tractus iliotibialis, de spier aan de zijkant van bekken en bovenbeen, die met een 'knoep' over de trochanter kan schuiven. Ook hier ligt de oorzaak vaker in de afwijkende bekkenstand, net als bij de bursitis trochanterica.



Houding

Bij rugklachten wordt vaak véél nadruk gelegd op een afwijkende houding als mogelijke oorzaak. Ook in onze artsenopleiding wordt bij het onderzoek sterk op eventuele houdingsafwijkingen gelet. Van begrippen als: scoliose, kyfose en lordose heeft bijna iedereen wel eens gehoord. Houdingsverbetering door middel van mensendieck en cesartherapie wordt dan ook vaak als eerste geadviseerd.

Nu heb ik niets tegen houdingsverbetering en houdingstherapie, sterker nog, eigenlijk vind ik dat Cesar en Mensendieck een verplicht nummer op zowel basisschool als middelbare scholen zou moeten zijn. Maar, om bij rugaandoeningen de nadruk steeds op de houding te leggen, schiet naar mijn mening in veel gevallen te kort.

Kyfose

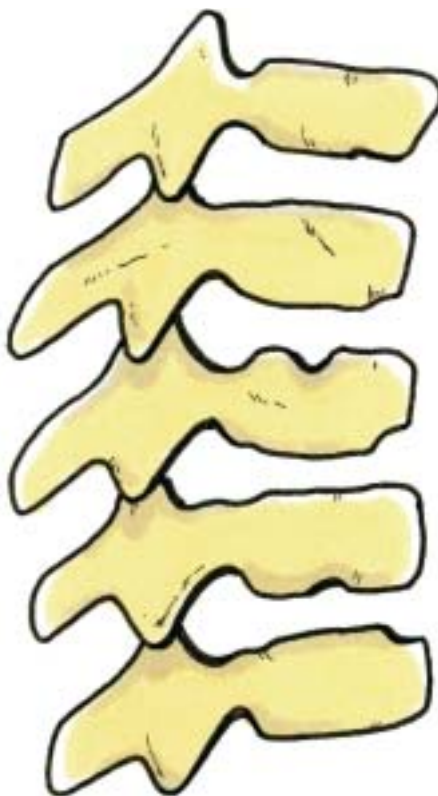
Met kyfose bedoelen we een ‘bolle rug’. Dit komt het meest voor in het borstwervelgedeelte (de thoracale wervelkolom). Hiervoor bestaan verschillende oorzaken.

Het kan ‘houdingsverval’ zijn, denk maar aan mensen die depressief zijn en die steeds verder voorover gaan lopen. Dit houdingsverval geldt ook vaak voor lange pubers op kleine stoeltjes. Inderdaad is hierbij oefentherapie, sporten en activeren het beste advies. Trouwens, ook het meubilair op middelbare scholen mag best eens daarop worden aangepast. Activeren, zelfvertrouwen opvijzelen en een oprechte houding kan zelfs helpen om de depressie te bestrijden, want van een dergelijke houding zou je ook depressief kunnen worden. Tot echte klachten van de rug hoeft het bij houdingsverval echter meestal niet te komen.

houdingsverval en groeistoornis

De kyfose zien we ook terug bij de ‘ziekte van Scheuermann’ (juvenile kyfose). Een echte ziekte in de zin van ‘ziekte en gebrek’ is dit eigenlijk niet. Het is meer een groeistoornis, waarbij de ‘afwerking’ van de wervelkolom in de puberteit wat te wensen overlaat. Iemand heeft ‘rommelige en slordig afgewerkte wervels’ en krijgt er een wat beroerdere houding van, die overigens ook niet goed te corrigeren valt, omdat de wervels daadwerkelijk vergroeid zijn. In figuur 31 zijn zeker twee wervels duidelijk misvormd door groeistoornis. Vooral de neiging om wigvormig te worden, geeft aanleiding tot een versterkte thoracale kyfose (kromming van het thoracale deel van de wervelkolom). Bij de ziekte van Scheuermann is veelal de groei aan de voorzijde van de wervel geremd, terwijl deze aan de achterzijde normaal ver-

Figuur 31



loopt. Ook in de boven en onderkanten (sluit- en dekplaten) van de wervels zien we dan vaak misvormingen ontstaan. Het gevolg kan zijn: vervroegde discopathie en voortijdige spondylose (zie Chronische discopathie en Artrose). En natuurlijk geeft de aandoening ook aanleiding tot een cosmetisch probleem!

Ook de ziekte van Bechterew laat een toenemende kyfose van de hele rug zien, waardoor iemand in toenemende mate met zijn neus naar de grond gaat lopen. Dit is een reumatische aandoening, waarbij behalve de bekkengewrichten ook de hele wervelkolom in toenemende mate verstijft en krommer wordt. Deze mensen worden dan ook echt stijf en kunnen steeds moeilijker bewegen. Zoals beschreven bij het hoofdstuk over Bechterew, is hier sprake van een 'specifieke' rugklacht, waarvan we veronderstellen dat we de diagnose snel op het spoor moeten kunnen komen.

Bij oude mensen ziet men ook vaak in toenemende mate verkromming van de borstwervels optreden, soms met een scherpe knik. Dit ontstaat vaak door het spontaan inzakken en breken



Figuur 32

van wervels, waardoor men krommer en geleidelijk ook kleiner wordt. Ik had een tante die op haar 91e maar liefst 28 cm kleiner was geworden door inzakkende wervels. Hierbij speelt dus ouderdom en osteoporose meestal de hoofdrol. In uitzonderingsgevallen zou zelfs uitzaaiing bij kanker een rol kunnen spelen. Op een röntgenfoto is deze diagnose goed te stellen. De foto in figuur 32 laat een wigvormig inzakken door een spontaanfractuur van een lendenwervel zien.

Lordose

Met lordose bedoelen we een voorwaartse kromming van de wervelkolom, waardoor een holle rug ontstaat. Onder in de rug is een lordose normaal, net zoals thoracaal een lichte kyfose normaal is. Voornamelijk onder in de rug zien we soms een versterkte lordose voorkomen. Dit treedt meestal op als compensatie bij een versterkte thoracale kyfose. Een mens moet tenslotte in evenwicht blijven. Omgekeerd zal een versterkte lordose onder in de rug dus ook tot een versterkte kyfose boven in de rug moeten leiden.

Een versterkte lumbale (in het lendenbereik) lordose, kan dus als gevolg van een versterkte thoracale kyfose ontstaan, maar ook als gevolg van stijve heupen, of spierverskortingen. Versterkte lordose hoeft niet direct tot klachten te leiden omdat het lichaam over een behoorlijk compensatievermogen beschikt, maar banden, spieren en gewrichten kunnen wel gemakkelijker overbelast raken. Hyperlordose (zeer sterke lordose) kan tot *kissing spines* leiden. Hierbij ‘kussen’ de doornuitsteeksels elkaar, waardoor heel lokaal irritatie kan optreden.

Soms ook lijkt de rug holler dan hij is. Veel mensen (en artsen) denken bijvoorbeeld dat vrouwen tijdens de zwangerschap een hollere rug krijgen naarmate hun buik dikker wordt. Professor dr. ir. C.J. Snijders heeft echter kunnen aantonen dat het omge-

*lordose en kyfose compenseren
elkaar vaak*

keerde het geval is. De lendenlordose verstrikt en de rug wordt daardoor zelfs ietsje langer. Bij meerlingzwangerschap zelfs nog wat meer!

Scoliose

scoliose kan structureel of niet-structureel zijn

Onder scoliose verstaan we een zijdelingse verkromming van de rug. We onderscheiden dan een C-vorm (een soort halve maan) of een S-vorm (een slinger). Vaak gaat een scoliose ook gepaard met draaiing om de as (torsie). Regelmatig zien we bij een scoliose ook een versteekte kyfose of lordose optreden.

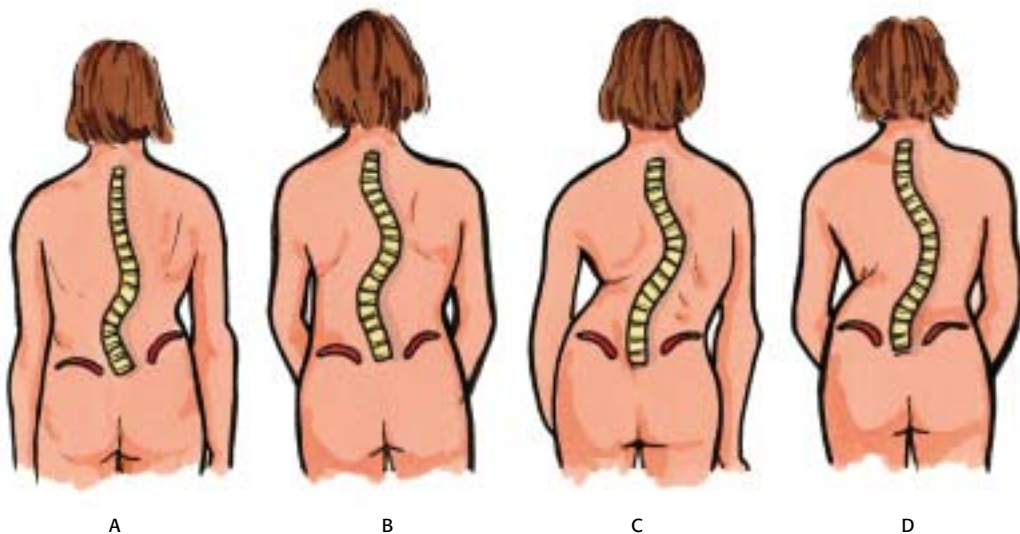
In de geneeskunde maakt men onderscheid tussen 'structurele' en 'niet-structurele' scoliose. Een scoliose die niet op eigen kracht of met hulp van anderen te corrigeren valt, is 'structureel'. De meeste structurele scoliosen zijn aangeboren en dus erfelijk bepaald. Men schat dit aantal op 65%. De andere oorzaken vinden we bij spierziekten, zenuwaandoeningen of botgroei stoornissen. Denk bijvoorbeeld aan de 'Engelse ziekte' door vitamine D-gebrek.

Bij ernstige scoliose zal men liefst in een zo vroeg mogelijk stadium proberen te corrigeren of verergering proberen te voorkomen door middel van oefeningen, korsetten of desnoods operatieve behandeling.

Uiteraard blijven deze vormafwijkingen de rest van je leven belangrijk omdat ze leiden tot een verkeerde belasting van verschillende structuren. Toch is het verbazend hoe goed het lichaam er in veel gevallen in slaagt om ook deze vormafwijkingen te compenseren.

In de praktijk zijn echter de 'niet-structurele' scoliosen vaak veel

Figuur 33: A: Lumbale scoliose. B: Thoracolumbale. C: Thoracale scoliose. D: C-scoliose.



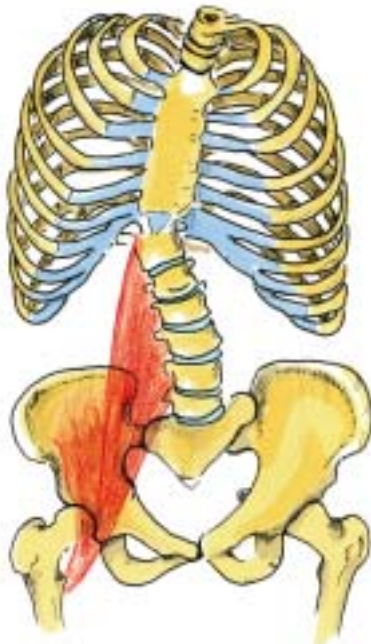
belangrijker dan de 'structurele' scoliosen, omdat daar vaker een extra ziekmakende factor aan ten grondslag ligt. Zo kan een hernia tot forse scheefstand en scoliose leiden. Dit betreft vaak een dwangstand om pijn of verder afklemming te voorkomen. Zo kunnen ook buikaandoeningen leiden tot scoliosen door eenzijdig aanspannen van de musculus iliopsoas (zie Interne aandoeningen).

Door éénzijdig aanspannen van de iliopsoas ontstaat hier een thoracolumbale torsiescoliose van de wervelkolom. Discopathie kan door scheef inzakken van de tussenwervelschijf ook leiden tot scoliosen. Op röntgenfoto's komen we dit regelmatig tegen. Vooral voor deze vormen van scoliose zou naar mijn mening meer aandacht nodig zijn.

Deviatiestand

Iets anders is een 'deviatiestand'. Hierover spreken we wanneer iemand 'uit het lood' staat. Bij de voorbeelden in figuur 33 (behalve bij C) staat het hoofd in het lood. Als we vanuit het achterhoofd een loodlijn zouden neerlaten komt deze tussen de bilplooi en tussen de enkels uit. Wanneer de loodlijn duidelijk opzij van de enkels belandt, zeggen we dat iemand 'uit het lood' staat. Dit wordt vaak beschreven als een 'antalgische scoliose' of als 'deviatie'. Iemand staat daarbij uit het lood om pijn te ontwijken. We zien dit bij spit (acute lumbago) of bij hernia. Iemand kan als het ware niet recht staan omdat dit té pijnlijk is. Een deviatiestand is kenmerkend voor discopathie (zie Spit).

*bij de deviatiestand staat het
hoofd niet in het lood*



Figuur 34

stand van het bekken is van belang

Afwijkende bekkenstanden

Vooral met betrekking tot klachten van de iliolumbale ligamenten (zie Ligamentaire klachten) lijkt de stand van het bekken van belang. Een afwijkende bekkenstand zou bovendien ook gemakkelijker kunnen leiden tot de veelvoorkomende SI-gewricht blokkering (zie Blokkeringen). We maken onderscheid tussen een bekken 'scheefstand' en een bekken 'verwringingsstand'.

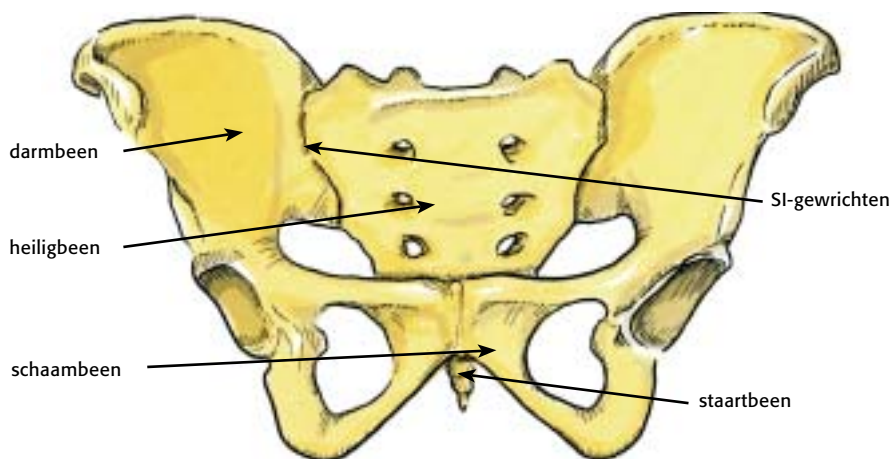
Bekkenscheefstand

We spreken van een bekkenscheefstand als een bekkenhelft in zijn geheel aan de ene kant lager staat dan de andere kant. Zowel aan de voorkant, aan de zijkant als aan de achterzijde staat het bekken dan eenzijdig lager. Dit komt voor bij een eenzijdige beenverkorting. Indien het linkerbeen korter is dan het rechter, zal ook de linker bekkenhelft lager staan dan de rechter bekkenhelft. In de orthopedie beschouwt men een beenlengteverschil van minder dan 2 cm nog als acceptabel en verwacht men er geen problemen van. Veel alternatieve geneeswijzen en behandelaars van het bewegingsapparaat zoals chiropractoren, osteopaten en manueel geneeskundigen, achten een dergelijk verschil toch te groot en vrezen dat hierdoor blokkeringen van bekkengewrichten en van de wervelkolom kunnen ontstaan.

Behalve van asymmetrie door aanlegfoutjes kan de scheefstand ook het gevolg zijn van een afwijkende stand van het heupgewricht. Bij artrose van het heupgewricht kan de heup niet meer volledig strekken en staat men noodgedwongen in een gebogen houding. Dit leidt dan eveneens tot bekkenscheefstand.

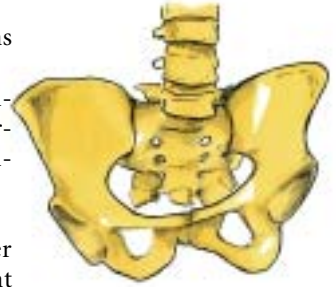
Bekkenscheefstand leidt uiteraard tot een, veelal geringe, scoliose van de wervelkolom, teneinde in balans te blijven.

Figuur 35



Bekkenverwringing

Een fenomeen dat vaak miskend wordt en bovendien nogal eens aanleiding tot misverstanden geeft is de 'bekkenverwringing'. Bij een bekkenverwringing staat de ene bekkenhelft ten opzichte van de andere bekkenhelft naar achter gedraaid. Van onderstaand bekkenpreparaat zou je kunnen zeggen dat het verwrongen staat.



Figuur 36

De rechterkant staat naar voor gekanteld, terwijl links achterover wil. Bij het onderzoek vind je dat aan de voorzijde de linkerkant hoger staat, maar aan de achterzijde staat links juist lager. Aan de zijkant valt het verschil wel mee. Soms leidt dat tot het volgende misverstand: 'Hoe kan dat nu dokter? Mijn therapeut zei dat mijn linkerbeen waarschijnlijk iets te kort is, maar de podotherapeut zei dat het juist andersom was, terwijl de orthooped beweert dat ik die hakverhoging maar beter weg kon laten, want dat hij géén verschil zag.'

Dit kan wanneer de fysiotherapeut het bekken van de achterzijde beoordeelt, terwijl de podotherapeut aan voorkant en de orthooped van opzij kijkt.

Hoe een dergelijke bekkenverwringing ontstaat, is niet altijd duidelijk. Een mogelijkheid is dat de iliopsoas aan de linkerkant té hard trekt, waarbij het bekken aan de linkerkant de neiging heeft om achterover te kantelen zoals afgebeeld in figuur 36. Ook denkt men dat wanneer de bovenste halswervel, de atlas, gedraaid staat, het bekken de neiging heeft om tegengesteld te draaien, waardoor de 'bekkenverwringing' ontstaat. Behandeling van de atlas zou daarbij tot herstel van de bekkenverwringing leiden.

Bij onderzoek is de bekkenverwringing het best vast te stellen aan de hand van het zogenaamde 'variabel beenlengteverschil'. Dit betekent dat de beenlengte in liggende en zittende houding verschillend is. Lijkt in liggende houding de lengte van het linkerbeen 1 cm korter dan rechts, in zittende houding blijkt hij plotseling 1 cm langer te zijn! Dit is typisch voor de bekkenverwringing.

Bekkenverwringing heeft dus alles te maken met asymmetrische spierspanning, wat snel kan leiden tot blokkeringen in rug en nek en dus tot hoofdpijn en rugklachten (zie Blokkeringen).



Behandeling

In dit boek over de mogelijke oorzaken van lage rugklachten probeer ik te volstaan met een indeling en uitleg. Ik ben nauwelijks ingegaan op de behandeling van lage rugklachten omdat dat hier té ver zou voeren. Toch wil ik enkele aspecten aan bod laten komen die de behandeling van lage rugklachten kunnen ondersteunen.

‘Blijf in beweging’

Misschien klinkt het wat vreemd wanneer ik zeg dat bewegen een betere oplossing voor uw rugklachten is dan kalm aan doen, maar toch is het meestal echt zo. Een van mijn confronterende stellingen is daarom ook: met rugklachten kun je beter in de ziektewet lopen, dan in de ziektewet zitten.

62 jaar zitten en liggen

Je rug leeft bij de gratie van beweging. Dit klinkt erg dramatisch, maar toch is het zo. Immers, rond ons twaalfde levensjaar verdwijnen de bloedvaatjes uit onze tussenwervelschijven. Vanaf dat moment worden ze geacht zelf voor de nodige voorzieningen te kunnen zorgen. En dit kan alléén door in beweging te blijven.

Waarom de natuur dit zo bedacht heeft, is vooralsnog niet duidelijk. Kennelijk zijn we toch gewoon gemaakt om te bewegen. En ‘homo erectus’, de rechtop gaande mens uit de oertijd, bewoog voldoende om zichzelf én zijn tussenwervelschijven te voeden. Dit in tegenstelling tot ‘homo sedens’, de zittende mens van nu. Als we nu 72 jaar zijn, hebben we gemiddeld 38 jaar zittend doorgebracht en dan liggen we ook nog eens 24 jaar. Dan hebben we dus nog maar tien jaar over om te bewegen! Om te lopen, te fietsen, te sporten of lichamelijk bezig te zijn. Dat was in de oertijd wel even anders! En dat redden onze tussenwervelschijven niet, dus niet voor niets pleiten we nu voor meer beweging!

Onderzoek toonde aan dat discopathie, degeneratieve verandering van de tussenwervelschijf, vooral voorkomt bij mensen die te weinig bewegen. Een vergelijking van de degeneratieve veranderingen in tussenwervelschijven van zittend kantoorpersoneel en mensen die per dag zo’n tien kilometer moesten lopen als meteropnemer, liet overduidelijke verschillen zien. Er bestond aanzienlijk minder degeneratie bij de meteropnemers. (Evans, 1989). Dit wijst er ook al op dat niet zozeer de belasting van de rug, als wel het gebrek aan beweging tot afwijkingen leidt. Maar bestaat er eenmaal degeneratieve verandering, dan kan ook belasting pijnlijk worden. Het lijkt wel wat op poreuze fietsbanden. Wanneer je je fiets lange tijd laat stilstaan, worden de banden poreus. Ze

lopen langzaam leeg. Fietsen met slappe banden is behoorlijk lastig en soms nog pijnlijk ook. Wanneer we onze tussenwervelschijven gebruiken, worden ze tussendoor bijna letterlijk opgepompt.

Mijn zoon (van Deursen D.L., 2000) heeft in zijn promotie-onderzoek kunnen aantonen dat de tussenwervelschijven werken als een soort pompjes. De draaiende bewegingen tijdens lopen en fietsen zorgen ervoor dat vloeistoffen uit en in de tussenwervelschijfjes gepompt kunnen worden en we er tijdelijk zelfs gróter van kunnen worden. Het is dan ook niet erg om een gezonde rug flink te belasten en zelfs is het niet erg om aan powerlifting te doen.

Onderbelasting

Lange tijd werd het krijgen van rugklachten geweten aan ‘overbelasting’. Als dat zo was, zouden we powerlifting zeker moeten verbieden. Het klinkt misschien wat raar en verwijtend, maar eerder lijkt ‘onderbelasting’ de schuldige factor te zijn. Een fraai argument hiervoor komt uit de ruimtevaart. Ondanks het feit dat de rugbelasting in de ruimte érg laag is en hooguit neerkomt op de eigen spierspanning, keert ruim 60% van de astronauten met rugklachten uit de ruimte terug. Nu is niet uitgesloten dat de extreme versnellingen tijdens de lancering hier schuldig zijn, maar ook de duur van het verblijf in de ruimte lijkt een rol te spelen. Onderbelasting en gebrek aan drukwisseling in de tussenwervelschijven zou hiervoor verantwoordelijk kunnen zijn. Immers, door het ontbreken van tegendruk en zwaartekracht bevesten astronauten hun rug nauwelijks.

Wij hebben kunnen aantonen dat vooral kleine, draaiende bewegingen tot drukveranderingen in de tussenwervelschijven leiden. Dit is voor ons zelfs de reden geweest om deze draaibewegingen in te bouwen in een kussentje en in stoelen om zo het zitten minder schadelijk te maken. Maar het beste blijft natuurlijk om net als homo erectus wat meer in beweging te blijven. Veel van mijn rugpatiënten hoor je dan ook zeggen: ‘Dokter, als ik maar in beweging blijf, lukt het wel, maar zitten, staan en winkelen is een ramp.’ U begrijpt nu waarom.

Zit dit nou toch tussen mijn oren dokter?

‘Snapt u dat nou? Soms barst ik van de pijn in mijn rug als ik zo maar stil zit en moet ik echt pillen slikken, maar als ik tennis of voetbal voel ik niets! Mijn vrouw zegt dat het tussen mijn oren zit en mijn baas kijkt ook al zo zuinig. Zit dit nou echt tussen mijn oren dokter?’

Ja, dat kan wel, maar meestal is het niet zo. Het klinkt inderdaad gek wanneer je wél als een hert over de tennisbaan kunt rond-

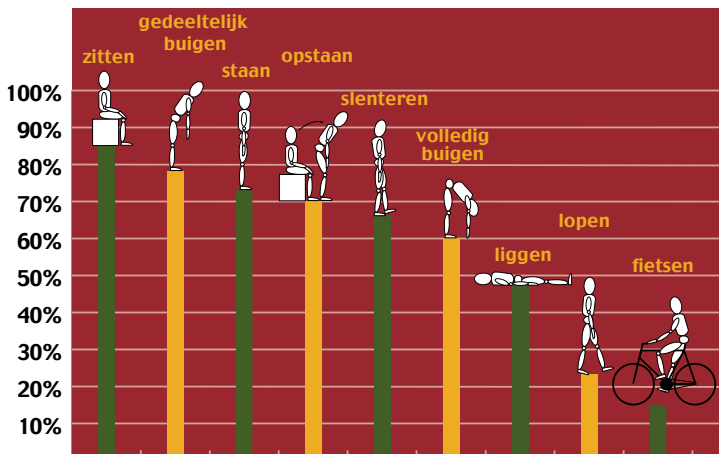
vooral statische belasting lokt pijn uit

springen of als een gek achter een bal kunt hollen om vervolgens last te hebben wanneer je een tijdje krom moet staan of stil moet zitten. En toch komt dat vaak voor. Heel wat werkgevers kijken inderdaad wat sceptisch wanneer ze Jan 's zondags over het veld zien rennen en hij zich maandag na een uurtje metselen af komt melden. Hoe dat toch kan? Ik zal het u proberen uit te leggen.

Wanneer we rugpatiënten vragen wanneer ze last hebben van hun rug krijg je de volgende antwoorden. Met zitten heeft 85% last, met staan 73%. Een beetje gebukt staan, zoals met vegen, stofzuigen, afwassen en tandenpoetsen scoort zelfs 78%. Over slenteren klaagt 66% en over voorovergebogen staan 60%. Met liggen heeft 47% nog steeds klachten en sommigen moeten er echt het bed voor uit. Bedrust met rugklachten is dus ook niet alles. Met lopen heeft maar 23% last en dan blijkt hardlopen nog beter dan gewoon wandelen. Fietsen gaat het beste, slechts 15% heeft last met fietsen en meestal zijn het dan nog de kuiltjes en hobbels in de weg die daaraan schuld zijn.

In figuur 37 zie je dus dat vooral de statische belasting pijn uitlokt, terwijl dynamische belasting nauwelijks aanleiding tot klachten geeft. De mate van beweging bepaalt in hoge mate of je last van je rug krijgt of niet. Hoe meer je beweegt, hoe beter het voor je rug is. Een baan als postbode is beter voor een rug dan een kantoorbaan. Niet voor niets ben ik als rugdokter enthousiast over de voorgenomen inzet van deeltijdpostbodes bij TNT post.

Een rug leeft letterlijk bij de gratie van beweging! Wanneer we bewegen worden onze tussenwervelschijven tot ware pompjes en zuigertjes en wordt vloeistof en voeding aangezogen en ververst. Als we stil zitten of stil blijven staan zakken de schijven langzaam in elkaar en lijken we zelfs deukjes in de kern van de tussenwervelschijf



Figuur 37: Pijnklachten in relatie tot houding en beweging bij 100 rugpatiënten.

te drukken. Het is trouwens best moeilijk om een deukje uit een slappe bal te krijgen. Een tijdje krom staan in de tuin en dan recht komen is dus echt opkrikken geblazen. En dat doet nog zeer ook. Dus als u al minder goede tussenwervelschijven hebt en u pompt ze niet voldoende op, dan wordt u stijf, krijgt u pijn en kunt u uw stoel bijna niet meer uitkomen wanneer u een tijdje gezeten hebt.

Dus, u ziet het, voor rugpatiënten is er niets beter dan bewegen. We moeten in beweging blijven om onze tussenwervelschijven te voeden. Vooral statische belasting als zitten, staan en slenteren is slecht, en lopen, fietsen, tennissen en roeien is beter. Dus als u gaat tennissen of voetballen, zal het wanneer u eenmaal op gang bent steeds beter gaan. Okee, misschien bent u de volgende morgen wat stijfjes of staat u soms wat krom en scheef op, maar wanneer u weer op gang bent, lukt het wel weer, want liggen was trouwens ook te statisch. Maar vooral lang krom staan of lang stil zitten moet u vermijden, maar dat wist u toch al. Daar kwam u toch voor? Of moet ik eerst tussen uw oren kijken?

De zin van een korset

schijnbaar tegenstrijdig

‘Dokter, heeft een korset nu wél of géén zin? Ze zeggen dat je er slappe spieren van krijgt en dat je je rug té veel verwent. En je zou juist een spierkorset moeten opbouwen!’

Lastig, dit soort schijnbaar tegenstrijdige uitspraken. Kijken of we er uit kunnen komen. Je kunt zeggen: ‘Ja, soms heeft een korset zin!’ en ‘Je kunt er inderdaad slappere spieren van krijgen.’ en ‘Soms is het goed om een spierkorset op te bouwen.’ Alleen, wanneer is wát belangrijk?

Gips

Wanneer iemand een been breekt, vinden we het niet gek als hij daarvoor in het gips terechtkomt. Immers, zo kunnen de botstukjes de kans krijgen om weer aan elkaar te groeien. Als dat gebeurd is, mag het gips er weer af. En we zijn niet verbaasd wanneer we dan een paar dunne verslachte spieren onder het gips uit zien komen. We vinden dit niet zo erg, want wat het zwaarst is, moet het zwaarst wegen en die spiertjes zijn tenslotte zó weer bijgetraind. Exact hetzelfde geldt wanneer iemand een korset of een gipskorset voor zijn rug krijgt. Wanneer een rugwervel gebroken is of een tussenwervelschijf ‘instabiel’ geworden is, is het nodig de rug enige tijd te ‘stabiliseren’ met gips of met een korset. Dat hierbij de spieren enige tijd veel minder gebruikt worden en daardoor verslappen, moeten we ook daarbij even voor lief nemen.

Tijdelijk

Een stevig en getraind ‘spierkorset’ helpt natuurlijk uitstekend bij het ‘op zijn plaats houden’ van iets dat gezond en stabiel is, maar het trainen op zich leidt natuurlijk ook tot meer spierspanning en tot druk op de tussenwervels en botstukken. Dit is op

zich gunstig om uw rug in conditie te houden en het bevordert de kwaliteit van de tussenwervelschijven, maar dit is niet goed wanneer uw rug het net even écht te kwaad heeft door een breuk of instabiliteit.

Bij een gebroken wervel of een sterk beschadigde tussenwervelschijf of dreigende hernia is het tijdelijk dragen van een korset dan ook een mogelijk goede oplossing. Ook om te beoordelen of de beschadiging, de 'afschuiving' of een 'instabiliteit' de ware oorzaak achter de klachten is, zal de orthopeed regelmatig op proef een gipskorset, al of niet met pijp, geven.

Bij minder ernstige zaken kan soms een stevige legging of een ouderwetse step-in al deugd doen. En ook de motorgordel of nierband, die hardwerkende boeren wel plegen te dragen, vormt vaak een goede oplossing. Daar is dus niets op tegen, maar daarna, als het even kan, is het opbouwen van een 'spierkorset' zeker wenselijk. Trouwens waarom krijgen de sterkste bodybuilders wél een stevige riem om en beginners niet? Wie zou zo'n riem het hardste nodig hebben?

Wat is 'kraken' nu eigenlijk?

'Kraken' of manuele therapie is een oude volksgeneeswijze. De oorsprong gaat heel ver terug. Hippocrates, bekend als 'Vader van de geneeskunde' zou met evenveel recht ook de 'Vader van de manuele geneeskunde' genoemd kunnen worden. Van zijn hand stammen de eerste richtlijnen voor de toepassing van 'rachiotherapie'. Dit waren handgrepen aan de wervelkolom. Hij veronderstelde kleine verschuivingen in de wervelkolom, door hem 'paratremata' genoemd, als oorzaak van allerlei klachten. Terwijl de rug met indrukwekkende apparaten wat uit elkaar getrokken werd, reponeerde hij deze verschuivingen met de hand. Er bestaan fraaie afbeeldingen van deze 'tractiemanipulaties', die iets lijken weg te hebben van radbraken. Manuele therapie, of kraken in de volksmond, lijkt dus een volksgeneeswijze van alle tijden. In de middeleeuwen trokken 'bonesetters' al krakend rond en werden mensen op welhaast wonderbaarlijke wijze genezen. In Indonesië blijkt de kapper dit kraken nog steeds toe te passen als toegift op het knippen van je haar. Trouwens, je kent ze vast ook wel, die mensen die achter de piano plaatsnemen en eerst hun vingers kraken, of de mensen die zelf hun nek kunnen laten kraken.

Dit geeft al aan dat het kraken op zich niet pijnlijk is, althans niet wanneer het op de juiste manier gebeurt. Op de juiste manier en bij de juiste indicatie. Het laatste is al even belangrijk als het eerste. Er zijn situaties waarbij kraken kan helpen, maar er zijn zeker ook situaties waarbij kraken niet mag.

*radiotherapie of handgrepen
aan de wervelkolom*

Goede aanvulling op reguliere geneeskunde

De manuele therapie die momenteel voornamelijk in Europa bedreven wordt, is tijdens de tweede wereldoorlog met het Amerikaanse

leger naar Europa gekomen. Eind 1800 ontwikkelde zich in Amerika de osteopathie en de chiropractie, als herontdekking van de oude rachiotherapie van Hippocrates. Twee scholen met een net iets andere insteek, als twee kerken met eenzelfde missie. Nog steeds fungeert er ook in Europa nog een aantal scholen, dat als gemeenschappelijke noemer het kraken of het manipuleren van botjes heeft. Wellicht is de ene methode wat zachtaardiger dan de andere.

De huidige manuele therapie wordt inmiddels beoefend door deskundige fysiotherapeuten, chiropractoren, osteopathen en artsen voor manuele en orthomanuele geneeskunde. Veelal hebben zij een gerichte langdurige opleiding gehad. Manuele therapie wordt gezien als een belangrijke aanvulling bij de behandeling van klachten van rug, nek en andere gewrichten. Ofschoon het soms nog alternatief genoemd wordt, vormt manuele geneeskunde een heel goede aanvulling op de reguliere geneeskunde.

Blokkeringen

Want, kleine ‘verschuivingen’ of ‘blokkeringen’ lijken inderdaad vaak een rol te spelen bij een aantal hinderlijke beperkingen in ons bewegingsapparaat. De stijve nek en rug, de trekkende spieren, de hoofdpijn uit de nek, de tintelingen en een lastige schouder vinden vaak hun oorsprong in slechts onschuldige maar hardnekkige blokkeringen. Het herstellen hiervan door kraken, klinkt nog steeds indrukwekkend, maar is voldoende bekend om veilig te zijn.

Heel belangrijk voor ons is ook, dat bij blokkeringen een soort kettingreacties optreden. De bewegingsbeperking op de ene plek zorgt er door balansverstoring voor dat het ook op andere plaatsen misloopt. Zo kun je dan hoofdpijn krijgen wanneer je rug vastzit, of schouderklachten als je bekkengewricht niet goed beweegt en een tennisarm als je ribben blokkeren.

Dat niet alles zomaar gemanipuleerd mag worden, zult u ook wel begrijpen. Een blokkering ontstaat vaak als een natuurlijke beveiliging, die ons een tijdlang moet beletten om bepaalde bewegingen te maken. Juist het weten wanneer deze blokkeringen wél en wanneer ze niet behandeld moeten worden, verraadt de kennis en kunde. Maar dat kunt u trouwens ook goed zelf beoordelen. Je kunt bijna zeggen dat wanneer het manipuleren pijn doet, de behandeling nog niet had mogen gebeuren.

Verder denk ik ook, dat zo lang we niet weten waar en waardoor rugklachten ontstaan, we best wat bescheidener mogen zijn en we in navolging van Hippocrates heus wel eens op oude volkswijsheden mogen vertrouwen.

NVVR “de Wervelkolom”

De Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten ‘de Wervelkolom’ of kortweg NVVR ‘de Wervelkolom’ is een landelijke patiëntenvereniging die zich inzet voor de belangen van patiënten met rug- en nekklachten in de ruimste zin van het woord. U kunt hierbij denken aan mensen waarbij bijvoorbeeld de diagnose hernia, nekhernia, scoliose, discopathie of spondylose is gesteld. Ook mensen die in mindere of meerdere mate last hebben van rug- of nekklachten waarvoor de artsen (nog) geen diagnose hebben kunnen stellen, zijn van harte welkom bij onze vereniging en vinden er de steun die zo hard nodig is.

De vereniging werkt samen met andere organisaties en maakt deel uit van koepelorganisaties voor onder andere het uitoefenen van politieke druk. De vereniging is aangesloten bij de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad). Ze neemt tevens deel aan de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

NVVR ‘de Wervelkolom’ brengt een ledenblad uit met nieuws, tips, handige adressen en wetenswaardigheden. Daarnaast krijgen de leden een knipselkrant. Voor persoonlijke informatie kunt u terecht bij de infolijn. De vereniging organiseert informatiebijeenkomsten en inloopsprekuren door het land. Tijdens deze inloopsprekuren, onder het motto ‘Schuif eens aan bij een lotgenoot’ zijn twee ervaringsdeskundigen van de vereniging aanwezig om met u te praten, naar u te luisteren of u van informatie te voorzien. De NVVR ‘de Wervelkolom’ beschikt over een documentatiecentrum en maakt eigen foldermateriaal.

De jaarcontributie bedraagt € 22,50.

Postadres secretariaat:

Past. Dijkmansstraat 31, 5611 RA Eindhoven

E-mail secretariaat: secretariaat@nvvr.nl

Infolijn: 0900 – RUGINFO (€ 0,15 p/min.) (0900-784 46 36),

website: www.ruginfo.nl,

E-mail algemene informatie: info@nvvr.nl



Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten
“de Wervelkolom”

De volgende folders zijn beschikbaar:

- Wie zijn we.... (algemene introductie)
- Hernia
- Nekhernia
- Discopathie en lage rugpijn
- SI-gewricht
- Scoliose
- Ziekte van Scheuermann
- Ziekte van Scheuermann bij kinderen
- Het aanvragen van een opsta-fauteuil bij uw zorgverzekeraar
- Whiplash
- Kanaalstenose (syndroom van Verbiest)
- Tips voor alle dag
- Pijnbestrijding bij specifieke lage rugklachten

De belangrijkste taken zijn:

- Het geven van advies, informatie en voorlichting.
- Het opheffen van het sociale isolement.
- Het bevorderen van de zelfredzaamheid en het zelfstandig functioneren van de leden.
- Het bevorderen van de bekendheid met de onderzoeksmethodiek bij klachten, die kunnen wijzen op een aandoening van de wervelkolom.
- Samenwerken met en deelnemen in diverse commissies, cliëntenraden, belangenverenigingen en platforms op het gebied van wetenschap, gezondheid en maatschappij. Daarnaast wordt de vereniging regelmatig van overheidswege (door o.a. het ministerie van VWS) uitgenodigd om mee te denken bij het ontwikkelen van nieuwe protocollen en richtlijnen.
- Het bevorderen van het vroegtijdig herkennen van een aandoening, waardoor het zelfstandig functioneren in de samenleving en een goede kwaliteit van leven behouden blijft.
- Het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek en het verbeteren van de diagnostiek en van de diagnostische hulpmiddelen.

Gebruikte termen

Angina Ontsteking van de keelamandelen.

Antidepressiva Medicijnen met de intentie de symptomen van een depressie te verminderen.

Cage Kooitje dat gebruikt wordt om wervels aan elkaar vast te zetten. Dit kooitje is gemaakt van metaal, kunststof of koolstof en wordt opgevuld met botsnippers.

Cauda equina Latijn voor 'paardenstaart, de bundel van de wortels van alle ruggemergzenuwen onder de eerste lendewervel.

Cesartherapie Oefentherapie Cesar is een paramedische behandelmethode, gericht op de behandeling van klachten aan het bewegingsapparaat en het voorkomen van klachten ten gevolge van een onjuiste houding en/of bewegingspatroon.

Chiropractie Is een paramedische manuele behandelmethode voor gewrichts- en andere gezondheidsproblemen.

Claudicatio Hinken of mank lopen.

Colitis ulcerosa Een chronische ontsteking van het dikke darm-slijmvlies. In ongeveer 5% van de gevallen kunnen huid-, oog- en gewrichtsklachten optreden en ontsteking van het leverweefsel.

Contrastmiddel Bij een CT-onderzoek wordt gebruik gemaakt van een jodiumhoudend contrastmiddel. Dit wordt gebruikt om weefsels of organen beter zichtbaar te maken, waardoor ze kunnen worden bestudeerd.

Correlatiecoëfficiënt Als we geïnteresseerd zijn in de mate waarin twee variabelen met elkaar samenhangen, gebruiken we de correlatiecoëfficiënt om dat uit te rekenen en vervolgens te toetsen op significantie. De correlatiecoëfficiënt beweegt zich tussen -1 en +1 voor een maximale (negatieve, dan wel positieve) correlatie, en is 0 als er geen sprake is van enig verband tussen de twee betrokken variabelen.

Corticosteroiden Medicijnen die een chemische variant vormen van het lichaamseigen bijnierschors hormoon. Deze groep van stoffen onderdrukt diverse lichamelijke reacties bij ontstekingen en infecties.

CT-scan Computertomografie is een specifieke beeldvormende techniek waarbij het menselijke lichaam a.h.w. röntgenologisch in plakjes gesneden wordt en afgebeeld.

Défense musculaire Verdediging met of door spieren.

Discografie Het inspuiten van contrastvloeistof in de tussenwervelschijf, gevolgd door het maken van een röntgenfoto.

Discopathie Lijden in de tussenwervelschijf.

Discusprothese Implantaat van polyethyleen en metaal ter vervanging van de tussenwervelschijf.

Dura mater Het harde hersenvlies.

DXA meting Botdichtheidsmeting.

Iridocyclitis Ontsteking van het regenboogvlies in het oog.

Isometrische oefeningen Spiertraining waarbij de lengte van de te trainen spier gelijk gehouden wordt.

Kanaalstenose De lumbale kanaalstenose of vernauwing van het lendenwervelkanaal.

KISS-Syndroom KISS staat voor Kopgewrichten Invloed bij Stoornissen in de Symmetrie.

Mensendieck Een paramedische behandelmethode gericht op het behandelen van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat en spiergebruik gericht op vitaliteit.

MRI De benaming voor een beeldvormende techniek van het binnenste van het lichaam, zonder dat dit daarvoor hoeft te worden geopend. De afkorting komt van Magnetic Resonance Imaging, magnetische resonantie-beeldvorming.

Neuraaltherapie Een geneeswijze die met behulp van injecties met lokaalanesthesie stoornissen in het lichaam uitschakelt.

Nucleus pulposus De gelei-achtige kern van de tussenwervelschijf.

OCA Een organisatie die zich richt op de behandeling van klachten aan het bewegingsapparaat en chronische aandoeningen. Oefenprogramma's gefocust op werkhervatting en reïntegratie.

Ortho Manuele Geneeskunde Een manuele behandelmethode voor gewrichts- en andere gezondheidsproblemen toegepast door artsen.

Osteopathie Een paramedische manuele behandelmethode voor gewrichts- en andere gezondheidsproblemen.

Prevalentie Het bestaan van een klacht, gemeten op een bepaald moment.

Psoriasis Een chronische huidaandoening, waarbij de opperhuid versneld nieuwe cellen aanmaakt. Dit uit zich in de vorm van lokaal sterke afschilfering van huidschesen.

Rachiotherapie Behandelingen aan de wervelkolom.

RCPM Rotary Continuous Passive Motion, staat voor continue passieve rotatoire beweging.

Sekwester Met sekwester (of sequester; uit het Latijn: sequestrare = in bewaring geven, scheiden, verwijderen) wordt een afgestorven deel van het lichaam aangeduid.

SI-gewricht Sacro-Iliacale gewricht; het gewricht tussen heiligbeen en darmbeen.

Sluit en dekplaten De benige boven- en onderkant van een wervellichaam.

Spondylodese Het vastzetten van wervels aan elkaar.

Therapeutische lokaalanesthesie Een geneeswijze die met behulp van injecties met lokaalanesthesie stoornissen in het lichaam uitschakelt.

VAS-score Visual Analogue Scale is een methodiek om op een lijn of op een procentuele scorelijst aan te geven hoeveel pijn of last men heeft.

Register

- 50 jaar 27
acute lage rugklachten 9
acute lumbago 33, 45
ADL 40
afklemming 28, 54
analgetica 46
anamnese 37
ankylose 70, 98
annulus 46, 48
annulusring 53
antalgische scoliose 107
antiflogistica 46
artrose 15, 70
a-specifieke rugklachten 7
atrofie 56
- Bechterew 97
bedrust 7, 10, 41, 81
beenlengteverschil 79, 108
bekkeninstabiliteit 80
bekkenkam 79
bekkenschiefstand 108
bekkenverwringing 109
beweging 10, 43
biopsychosociale model 9
blaasontsteking 85
botontkalking 9, 27
botscan 42
buigen 43, 58, 85
buikslapen 74, 75, 78
bukken 28, 41, 60
bulging disc 47, 50
bursitis subacromialis 76
bursitis trochanterica 100, 32
- cauda equina 61
caudasyndroom 61
chronische discopathie 64
chronische rugklachten 9
colitis ulcerosa 98
compressieletsel 66
corticosteroïden 27, 54
cortisoninjecties 76
- coxartrose 84
coxitis fugax 85
ct-scan 67
- dagelijkse activiteiten 40
darmklachten 42, 85
défense articulaire 75
défense musculaire 75, 91
denaturatie 67
deviatiestand 107
diagnostiek 11, 19
discitis 27, 81
discografie 67, 81
discopathie 64, 70, 111, 117
discusdegeneratie 69, 70, 93
discusextrusie 51
discuspathologie 90
discusprolaps 48, 51
discusprothese 82
discusprotrusie 47
discusruptuur 49
dis-use syndroom 11
doof gevoel 31, 39, 59
doornuitsteeksels 35, 105
druk 12, 16, 39
dura 12, 59
dura mater 53, 56, 58
durale prikkeling 30
duraprikkeling 30, 58, 59
dysfunctiefase 65
- eenzijdige fixatie 44
endogene oorzaken 74
epidurale injectie 59, 81
erfelijke factor 42, 46, 97
etalagebenen 41, 60
evidence based medicine 9, 10
exogene oorzaken 74
extensie-oefeningen 90
- facetgewrichten 38, 84, 92
facetsyndroom 92
fibromyalgie 91
- fissuren 67
flexie-oefeningen 90
foramen 58, 94
foramenstenose 90
fractuur 35, 37, 98
- gestoorde cerebrale verwerking 89
gewrichtdenervatie 95
gewrichtsmanipulaties 98
- halfgebukte houding 40
halfzijdige hoofdpijnklachten 78
hernia 15, 43, 45, 49
Hernia Nuclei Pulposi 49
heupjicht 48
heupprothesen 85
Hexenschu 45
HNP 49
hoesten 22
houdingsafwijkingen 9
housemaid's knee 100
human leucocyte antigen 97
hurken 22
hyperaesthesie 76, 94
hyperlordose 105
hypermobiel 35
hypertonie 32, 76, 86
- iatrogene oorzaken 81
iliolumbale banden 32, 35, 79
iliolumbale ligamenten 40, 108
iliopsoas 32, 85,
immuundeficiëntie 82
instabiele discus 29, 71
instabiele fase 65
interspinale ligamenten 35
intervertebrale gewrichten 93, 94
inwendige ziekten 9
iridocyclitis 98, 120
ischiadicus 33, 48
ischialgie 48
ischialgieforme klachten 48

- juvenile kyfose 103
- kanaalstenose 31, 61, 120
- kissing spine syndroom 35
- kissing spines 105
- KISS-syndroom 78, 120
- klapvoet 22, 43
- klinische instabiliteit 71
- knobbeltjes 24
- koorts 27
- krachttraining 17, 90
- kraken 115
- kramp 37
- krom staan 24
- kyfose 103
- latissimus dorsi 77
- ligamenteair 78
- ligamenten 38, 78
- listhesis 61
- littekenreactie 30
- looppatroon 43
- lopen 43
- lordose 105
- lumbale 'facetdenervatie' 94
- lysis 71,95
- manuele therapie 115
- Mediterraan pijngedrag 35
- menstruatieproblemen 85
- meralgia paraesthetica 31, 39, 99, 100
- mijnwerkerselleboog 100
- MRI 120
- MR-neurografie 62
- musculus iliopsoas 32, 100
- musculus piriformis 62
- myalgie 89
- nachtelijke pijn 28
- nervus cutaneus femoralis lateralis 99
- nervus femoralis 31
- neuraaltherapie 120
- neurogene claudicatio 59
- nierstenen 85
- nieren 22
- non-radiculair 39
- non-radiculaire prikkeling 38
- nucleus 46, 120
- nucleus pulposus 120
- ontsteking 7
- ontstekingsremmers 34
- oorzaken 15, 45
- op slot 12
- opkrikken 40
- osteomyelitis 81
- osteoporose 27, 99
- parathremata 74
- Passagère-uitval 56
- Pastooraknietje 100
- peri partum pelvic pain 78, 80
- persen 22
- pijn 9
- pijndrempel 54
- pijnstillers 21
- piriformis syndroom 31, 62
- positieve ct-discografie 67
- postoperatieve wondinfecties 82
- proef van Lasègue 55
- protrusie 47, 51
- pseudo-radiculair 39
- pseudoradiculaire uitstraling 94
- psoriasis 34, 120
- psoriatiek reuma 91
- psychogene klachten 35
- rachiotherapie 115, 120
- radiculair syndroom 56
- radiculaire prikkeling 29
- radix 56
- recessusstenose 41
- recessusstenose 61
- reflextherapie 89
- restabilisatie 65
- reumatische aandoeningen 9, 84
- richtlijnen NHG 7
- röntgenologische instabiliteit 71
- rotatie (letsel) 66
- rugklachten 7
- scoliose 106
- secondefenomeen 88
- segmentale irritatie 78
- sekwestratie 51
- SI-gewricht 38, 77
- sjouwen 16
- slaapstoornissen 92
- slenteren 41
- slijmbeurs 32, 100
- slijmbeursontsteking 76, 100
- snapping hip 32
- soldatenziekte 99
- spanning 15
- specifieke rugklachten 9
- spierdeficiëntie 90
- spierdysbalans 90
- spierkorset 73, 91
- spierontspanners 46
- spierspanning 7, 76
- spiervervetting 89
- spinale reflexbogen 76
- spit 45
- spondylartrose 84
- spondylitis 97
- spondylitis ankylopoetica 97
- spondylodese 83, 120
- spondylodiscitis 81
- spondylolisthesis 95
- spontaanfractuur 105
- staan 40
- stabiliserend korset 73
- stabiliserende oefeningen 90
- stabiliserende operatie 73
- stabiliserende spieroefeningen 73
- stijve rug 24
- stress 16
- stuitje 22
- subacuut 9
- syndroom van d'Anguin 35
- syndroom van Reiter 99
- syndroom van Verbiest 61
- therapeutische lokaalanesthesie 34, 120
- thoracale kyfose 103
- thoracolumbale torsiescoliose 107
- tight hamstring syndrome 70
- torsieletsel 66

torticollis 52, 70
tractie 72
tractiemanipulaties 115
tractus iliotibialis 101
trigger points 90
tuinieren 16
tumoren 9
tussenwervelschijf 13, 15, 65
tussenwervelschijfdegeneratie 70
typische klachten 73

uitpuilen 15
uitstraling 21, 28, 30, 31
- been
- bil
- bovenbeen
- heupregio
- knieholte
- kuit
- tenen
- voet
uitval 56, 62
uitzaaiingen 9

vasculaire claudicatio-klachten 41
vermagerd 21
vermoeidheidsfractuur 95
verstijving 70
vezelringetjes 50, 67
vragen 21

werkhouding 74, 80
wervelblokkeringen 35
wervelfractuur 27, 99
wervels 24
witte raven 21
wobble 71
wortelirritatie 57

zenuwafklemming 28, 44
zenuwuitval 9
ziekte van Crohn 42, 98
ziekte van Perthes 85
ziekte van Scheuermann 103, 118
zitten 40, 44
zwangerschap 15, 27
zwarte bil 63

Spreekuur Thuis®



Actuele informatie over ziekte en gezondheid

Spreekuur Thuis® staat borg voor voorlichting volgens de laatste medische inzichten. De boeken en websites komen tot stand in nauwe samenwerking met een netwerk van medisch deskundigen. Deze deskundigen, met name (huis)artsen en specialisten, treden op als auteurs. Ze werken hierbij samen met patiëntenverenigingen. Een adviesraad zorgt voor dagelijkse

ondersteuning. Daarnaast functioneren gespecialiseerde teams per titel en per website.

De boeken en websites richten zich in de eerste plaats op de patiënt en zijn directe omgeving. Ze kenmerken zich door een overzichtelijke opbouw en begrijpelijk taalgebruik. De belangrijkste aspecten van een ziekte – de verschijnselen, de oorzaken, de onderzoek- en behandelmethoden – zijn duidelijk en helder beschreven.

Spreekuur Thuis® websites

Wat betekent myeline? Wat houdt hypertensie in? Voor antwoord op al uw vragen, is er

www.spreekuurthuis.nl. Op www.spreekuurthuis.nl vindt u de meest actuele informatie over ziektes en aandoeningen. De belangrijkste aspecten worden, net als in de gelijknamige boeken, op heldere wijze uiteengezet.

Maar u vindt nog meer op de site: een medisch woordenboek, adressen van patiëntenverenigingen, specialistische

behandelcentra, koepelorganisaties enz. en een medisch spreekuur waar u een specialistenpanel kan raadplegen voor een second opinion.



Spreekuur Thuis® boeken

Spreekuur Thuis boeken zijn verkrijgbaar bij de betere boekhandel, bij de hoofdfilialen van warenhuizen en kiosketens, bij apotheken en via de betrokken patiëntenverenigingen. Ook zijn de boeken te leen bij alle openbare bibliotheken. In de serie verschenen de volgende titels:

Allergie door prof. dr. R. Gerth van Wijk en dr. H. de Groot
Als ademen moeite kost. Alles over COPD en Astma door dr. F.M.J. Toben en dr. F.H. Krouwels
Als de werkelijkheid onbegrijpelijk wordt. Alles over schizofrenie en andere psychotische stoornissen door dr. A. Wunderink
Als je geest een vuurpijl is. Alles over manisch-depressieve stoornis door dr. Rocco Hoekstra en drs. Hans Kamp
Altijd pijn: wat is hier aan te doen? door prof. dr. Wouter W.A. Zuurmond
Bestraling: wat betekent dat voor mij? door dr. ir. H.B. Kal, dr. V.J. de Ru en prof. dr. H. Struikmans
Broze botten. Alles over de preventie en behandeling van osteoporose door prof. dr. J.C. Netelenbos en drs. Wiebe Braam
Chemo en meer, veel over chemotherapie en nieuwe medicijnen door Dr. H. Sleeboom
Cholesterol, zorg dat je goed zit door prof. dr. J.J.P. Kastelein en dr. ir. J.C. Defesche
Circus depressie door drs. Paul Wisman
Depressie door drs. Robert Houtman
Door dik en dun. Over anorexia en boulimia nervosa door prof. dr. W. Vandereycken
Dwang dwingt. Alles over dwangstoornissen door dr. Paul Wisman
Een steuntje in de rug. Spoor zelf de oorzaak van rugklachten op! door dr. Leo van Deursen
Een tumor: wat kunnen hormonen hieraan doen? door prof. dr. Hans Nortier en dr. Rob Pelger
Epilepsie door drs. M. Engelsman
Erectieproblemen door dr. Bert-Jan de Boer
Hoge bloeddruk: wat kan ik er aan doen? door drs. R.J. Timmerman
Iedere maand pijn. Oorzaken en behandeling van endometriose door dr. Annemiek Nap, dr. Wim Willemsen en prof. Dr. Thomas D'Hooghe
Ik ben het steeds meer kwijt. Over Alzheimer en andere vormen van dementie door dr. Paul Dautzenberg en drs. Wiebe Braam
Incontinentie door prof. Ph.E.V.A. van Kerrebroeck
Maagklachten door prof. dr. A.J.P.M. Smout
Meten is weten. Alles over diabetes mellitus door dr. J.W.F. Elte
Obesitas en overgewicht door dr. Pierre M.J. Zelissen
Obstipatie door prof. dr. A.J.P.M. Smout
Ontmantelde zenuwen. Alles over multiple sclerose door dr. E. Sanders en dr. R. Hupperts
Opereren op weg naar genezing. Alles over chirurgie bij kanker door dr. Frans Zoetmulder
Prikkelbare Darm Syndroom door prof. dr. A.J.P.M. Smout
Schildklierafwijkingen door dr. J.W.F. Elte
Slaap-waak ritme stoornissen door drs. Wiebe Braam en dr. M. Smits
Spieren in de vertraging. Alles over de ziekte van Parkinson door drs. Wiebe Braam en drs. Ewout Brunt
Stuiterend door het leven? Alles over ADHD door drs. Rob Rodrigues Pereira
Werken aan gezonde vaten. Alles over de preventie van hart- en vaatziekten door drs. Bep Franke en Dr. Jan Dirk Banga



Een steuntje in de rug is is een uitgave van Inmerc bv in de serie Spreekuur Thuis®.

Eindredactie: RVT, Nijmegen

Omslagillustratie: Louis Visser

Tekeningen: studio Inmerc

Art direction: Loek de Leeuw (Inmerc bv)

Vormgeving: Joen design, Wormer

© Inmerc bv, Wormer

Eerste druk november 2008

ISBN 978 90 6611 828 7

NUR 870

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeleelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veeleelvoudingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het opnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).