

# Chronische progressieve lagerugpijn met uitstraling in twee dermatomen bij een 44-jarige havenarbeider

*Jef Michiels*

## Introductie

Deze casus toont het kenmerkende verhaal van een patiënt die al jaren last heeft van zijn rug. Het begint met een acute spitaanval. In de loop van de jaren gebeurt dit meerdere malen. Na tien jaar straalt de pijn ook uit in het been. Dan krijgt hij opeens problemen met wandelen: het looppatroon is verstoord door krachtsverlies in het been.

- Een 44-jarige havenarbeider had een voorgeschiedenis van chronische laag-lumbale rugklachten met acute episoden, waarbij sinds enkele jaren de pijn progressief was. De pijn werd steeds lokaal onderin de lumbale wervelkolom gevoeld.

Na circa tien jaar van wisselende lokale rugpijn ging de pijn ook uitstralen naar de linkerbilregio, het posterieure aspect van het bovenbeen, tot in de kuit. De uitstraling werd begeleid door een gevoel van paresthesiën. Ongeveer vier maanden na het begin van de uitstralende rugpijn merkte de patiënt dat het lopen op de hielen lastig werd.

Hij kreeg al geruime tijd fysiotherapie, echter zonder enig resultaat. Medicatie in de vorm van analgetica en niet-steroïde antiflogistica deed de pijn enigszins verminderen.

## 2.1 Inspectie

We zien een stevig gebouwde man. Lichte (antalgische?) deviatie naar links. Het looppatroon is verstoord. Er is sprake van een klapvoet links.

## 2.2 Functieonderzoek

- Lopen op de hiel is links onmogelijk.
- Op de tenen lopen is echter normaal.
- Bij het vooroverbuigen ontstaat een grote uitwijkbeweging naar links. De beweging is tevens pijnlijk en fors beperkt.
- Extensie is pijnlijk maar nauwelijks beperkt.
- Er is een positieve test volgens Lasègue bij 60° met pijn in het posterieure aspect van het linkerbovenbeen.
- De test volgens Bragard (voet in extensie tijdens het gestrekt heffen van het been) doet de pijn toenemen: zie ■ fig. 2.1.
- Het bowstring sign is positief: op het moment dat de pijn tijdens het gestrekt heffen van het been ontstaat, wordt de knie licht geflecteerd om de pijn te verminderen. Dan wordt met een vinger de n. tibialis in de knieholte aangehaakt en daardoor gerekt, waardoor de radicaire pijn weer gereproduceerd wordt.
- Weerstandstests tonen een duidelijk verminderde kracht van de extensie van de grote teen links (kracht 2+), terwijl de eversiekracht (n. extensor digitorum longus) vrijwel afwezig is (1+).
- Sensibiliteitsonderzoek toont een hypo-esthesie van de dermatomen L5 én S1. De reflexen zijn overigens normaal.

## 2.3 Aanvullend onderzoek

- Conventionele radiografie van de lumbale wervelkolom toont een geringe vernauwing van de tussenwervelruimten L4-L5 en L5-S1.



■ **Figuur 2.1** De test volgens Bragard.

- Computertomografisch onderzoek toont een grote posterolaterale discushernia links, op het niveau L4-L5 met een opstijgende component achter het wervellichaam van L4 en met compressie van de wortel L5. Er is tevens een afdalende component achter het wervellichaam van S1 met compressie van de wortel van S1 (■ fig. 2.2 en 2.3).

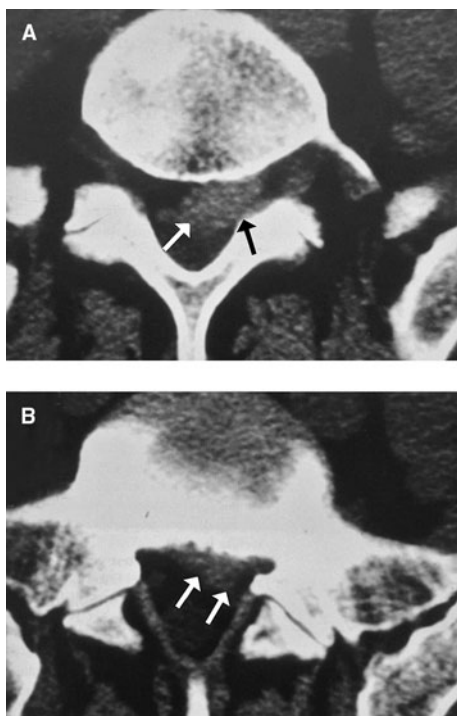
## 2.4 Interpretatie

De patiënt heeft een motorische uitval van de wortel van L5 links die zich vooral manifesteert in een parese van de m. extensor hallucis longus en van de eversoren van de voet.

Diagnose			
Gesekwestreerde discushernia van discus L4-L5 met compressie van de spinale zenuw L5 en S1.			

## 2.5 Therapie

Gezien het feit dat er twee wortels gecomprimeerd werden, in combinatie met de heftige pijn, besloot men tot een operatieve behandeling. Op de klassieke manier werd een microdissectomie uitgevoerd, waarbij de sekwestratie werd bevestigd en volledig verwijderd.



■ **Figuur 2.2** A: Computertomografie L4-L5 toont een grote posterolaterale discushernia links, waardoor de wortel L5 ernstig gecompriëerd wordt. B: Computertomografie L5-S1 toont de afdalende component van de gesekwestreerde discusprolaps L4-L5, waardoor tevens de wortel S1 gecompriëerd wordt.

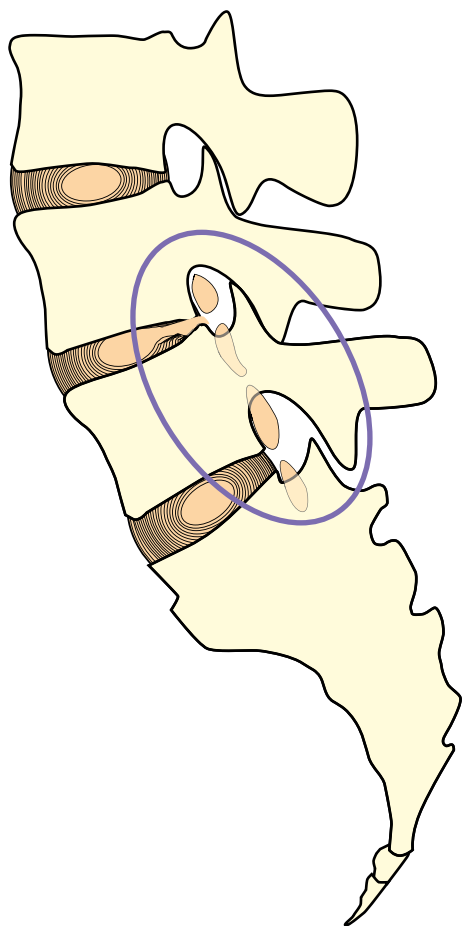
## 2.6 Follow-up

De pijnklachten ter hoogte van het been zijn de dag na de operatie volledig verdwenen. Wel blijft er laag-lumbaal lichte lokale pijn bestaan, die voor de patiënt echter goed draaglijk is en die vooral optreedt bij lichte rotatiebewegingen.

Drie maanden na de operatie is de kracht van de musculatuur volledig normaal. Er bestaat nog een lichte hypo-esthesie in het L5-gebied.

## 2.7 Bespreking

Deze casus toont hoe een betrekkelijk onschuldige rugpijn kan evolueren tot een ernstige discushernia. Interessant hierbij is hoe de symptomen in de loop van de tijd veranderen. Eerst is sprake van lokale rugpijn gevolgd door acute spitaanvallen, vervolgens na tien jaar wordt de pijn ook gevoeld in de bil, dan in het been en ten slotte ontstaat een verlamming van beenmusculatuur.



■ **Figuur 2.3** Vereenvoudigde illustratie van sekwesters afdalend tot achter het wervellichaam van S1 bij een L4-L5 discushernia.

Als de zenuwcompressie operatief verholpen wordt, kunnen er toch nog lage-rugklachten blijven bestaan of later weer terugkeren aangezien de kwaliteit van de discus door de operatie niet verandert: de discopathie blijft immers bestaan.

Het addendum (zie ► H.3) gaat dieper in op het ontstaansmechanisme van lokale rugpijn, uitstralende rugpijn, en neurologische uitval.

Onderzoek en behandeling van zenuwcompressie  
van Alfen, N.; Joldersma, P.; Lechat, A.; Martens, M.;  
Michielsen, J.; Van Ranst, L.; Wyffels, P. - van Nugteren,  
K.N.; Winkel, D. (Eds.)  
2015, XI, 139 p. 69 illus., 60 illus. in color., Softcover  
ISBN: 978-90-368-1016-6