

Zakkaartje LRS

1. Wat is LRS?

- Uitstralende pijn in 1 bil/been volgens een **dermatoom-patroon**, passend bij prikkeling van 1 (soms 2) lumbosacrale zenuwwortel(s).
- ± tintelingen (paresthesieën) en uitval: doof gevoel, krachtverlies, verlaagde reflex.
- **Oorzaak:** ~90% discushernia. Meestal L4-L5 (→ wortel L5) of L5-S1 (→ wortel S1).
- **Beloop meestal gunstig:** ~75% herstelt binnen 3 maanden, vaak vanzelf.

2. Anamnese

- **Vraag naar:** duur/beloop, lokalisatie, uitstraling, aard en ernst van de pijn; been-pijn vóór rugpijn?
- Sensibiliteits-stoornissen; invloed van **hoesten/niezen/persen** (drukverhogend) en van rust/beweging/houding.
- **Voorgeschiedenis:** eerdere rug-/LRS-episodes, maligniteit, recente ingreep aan de rug.
- Belemmering in functioneren, werk (bedrijfsarts) en zorgen/verwachtingen.

3. SPOED - Cauda-equinasyndroom

- **Wees alert bij:**
 - Rijbroek-anesthesie (doof gevoel zitvlak/genitaal);
 - Mictie-stoornis: niet kunnen plassen, of incontinentie urine/feces;
 - Hevige radiculair pijn; ernstige of snel progressieve parese;
 - Toename pijn/uitval ná recente rugingreep.
- **Verwijs met SPOED naar de neuroloog** (cauda: beoordeling binnen enkele uren, U3).

4. Lichamelijk onderzoek

- Doel: uitval objectiveren + wortelprikkeling meer/minder waarschijnlijk maken. Let steeds op **links-rechtsverschil**.
- **Motoriek:** extensie grote teen (L5) en knie (L4); op de tenen (S1) en op de hakken (L5) lopen.
- **Reflexen:** achillespees (S1) en kniepees (L4).
- **Sensibiliteit** per dermatoom. Bij cauda-verdenking: rijbroek-sensibiliteit + anaalreflex.

5. Provocatietesten (Lasègue)

- **Lasègue:** gestrekt been heffen; positief als < 60-70° dermatomale pijn tot onder de knie. Hoge sensitiviteit – negatief maakt LRS minder waarschijnlijk.
- **Gekruiste Lasègue:** het andere been heffen; pijn in het aangedane been = hoge specificiteit → LRS waarschijnlijker.
- **Vinger-vloerafstand > 25 cm** = positief (goed alternatief).
- **Omgekeerde Lasègue:** alleen bij vermoeden hoog-lumbaal LRS (L1-L4).

6. Wortelniveaus herkennen

- **L4:** pijn/gevoel voorzijde bovenbeen → mediale onderbeen; kniepeesreflex ↓; kracht knie-extensie.
- **L5:** buitenzijde onderbeen → grote teen/voetrug; zwakke ten-extensie en hakkenloop; reflexen normaal.
- **S1:** achterzijde been → laterale voet/kleine tenen; achillespeesreflex ↓; zwakke tenengang.
- Niveau bepalen is niet nodig voor conservatief beleid.

7. Aanvullend onderzoek

- **Geén beeldvorming** (CT/MRI/röntgen) en géén BSE in de 1e lijn.
- **Waarom niet:** veel asymptomatische afwijkingen, geen gevolgen voor beleid, geen sneller herstel, risico op medicalisering/beweeg-angst.
- **Beeldvorming (via neuroloog) alleen bij:**
 - vermoeden ernstige oorzaak; cauda; of kandidaat voor operatie.

8. Alarmsignalen ernstige oorzaak (DD)

- ~10% heeft een andere oorzaak dan hernia. Verdenk bij combinatie van kenmerken / langdurig of progressief beloop:
- **Maligniteit:** VG maligniteit, > 50 jr, continue/nachtelijke pijn, rugpijn voorop, gewichtsverlies/malaise.
- **Fractuur** (trauma, corticosteroiden, osteoporose); **spondylodiscitis/abces** (koorts, iv-drugs, immuun-gecomp., recente ingreep); **radiculitis** (lyme/zoster).
- **Andere beenpijn:** aspecifieke lagerugpijn, SI-/heup, meralgia paraesthetica, peroneus-compressie.

9. Neurogene claudicatio intermittens

- Uitstraling/vermoeid gevoel in (meestal) beide benen of rijbroek bij **lopen/staan**.
- Verdwijnt binnen ~15 min bij **zitten of vooroverbuigen**.
- Provocatietesten en overig LO meestal negatief. Oorzaak: wervelkanaal-stenose.
- **DD: perifeer arterieel vaatlijden** – controleer de perifere pulsaties. Beleid conservatief; verwijs bij ernstig/progressief/twijfel.

10. Voorlichting & beleid (kern)

- **Geruststellen:** gunstig beloop; de uitpuiing trekt zich meestal vanzelf terug (~75% herstel < 3 mnd).
- **Blijf bewegen** en ga door met dagelijkse activiteiten voor zover de pijn dat toelaat; bedrust zo kort mogelijk (geen sneller herstel).
- Wacht spontaan herstel 6-8 weken af (geen ernstig beloop/oorzaak).
- Direct contact bij cauda-alarmsymptomen. Verwijs naar thuisarts.nl (keuzekaart).

11. Pijnmedicatie

- Adequaate, voldoende hoog en **tijdcontingent** (vaste tijden); overweeg 's nachts een hogere dosis. Volg het stappenplan NHG-Standaard Pijn.
- **Bij hevige pijn of contra-indicatie NSAID:** stappen overslaan → direct (zwak)opioaat + paracetamol (± NSAID).
- Let op: maagbescherming afwegen; obstipatie en urineretentie bij opiaten (≠ cauda).
- **Geén benzodiazepinen;** géén epidurale corticosteroïd-injectie vanuit de 1e lijn.

12. Controle & verwijzen

- **Controle:** hevige pijn/parese → eerste dagen (zo nodig dagelijks); minder hevig → na 2-4 dagen, dan 2-wekelijks. Cauda-verdenking → binnen enkele uren (U3).
- **Verwijs neuroloog bij:** cauda (spoed); ernstige/progressieve parese of maligniteit in VG (≤ 3 dgn); hevige pijn ondanks hoge dosering; vermoeden ernstige oorzaak; of na 6-8 wk onvoldoende herstel.
- **Operatie na ~12 wk:** sneller herstel; ná 1 jaar gelijk aan conservatief. Fysiotherapie bij beweegangst/-armoede of parese (niet routinematig).