

# Cervicale discushernia, de sleutel tot succesvolle therapie

dr. Davy Hoste, dr. Michiel Vande Kerckhove, dr. Frank Plasschaert dienst Orthopedie

**Cervicale discushernia veroorzaakt vaak nek- en armklachten. Deze aandoening treft vooral volwassenen tussen 30 en 60 jaar, met jaarlijks 18,6 gevallen per 100.000 inwoners. Conservatieve therapieën bieden meestal voldoende verlichting, maar artsen moeten bij progressieve neurologische uitval of onhoudbare pijn chirurgische ingrepen overwegen. Behandelingen leveren doorgaans een goede prognose op, zowel bij niet-chirurgische als chirurgische aanpak<sup>1</sup>.**

Zowel vanuit de orthopedische als de neurochirurgische discipline kan men een cervicale discushernia behandelen. In het AZ Sint-Jan Brugge AV werkt een multidisciplinair team aan een optimale behandeling voor patiënten met cervicale discushernia. Dr. Davy Hoste en dr. Michiel Vande Kerckhove specialiseren zich in rug- en nekproblematiek bij volwassenen. Dr. Frank Plasschaert richt zich op pediatrische pathologie. Het team zet de nieuwste technieken in en biedt persoonlijke zorg op maat.

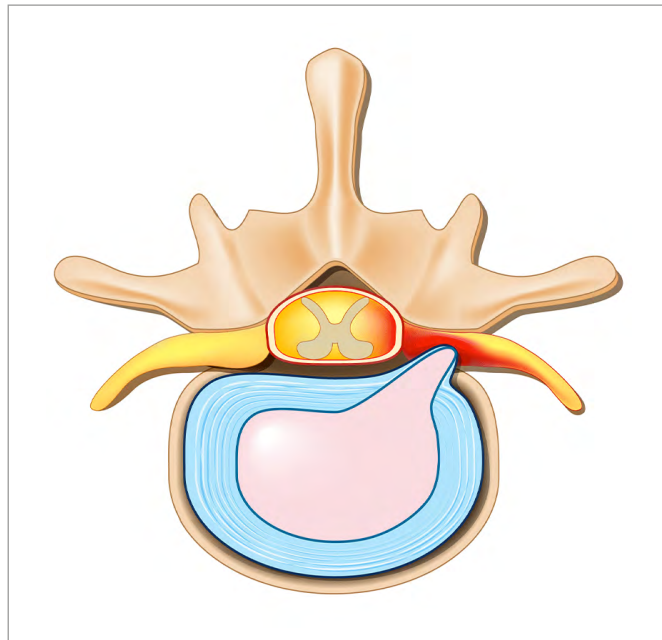
## Pathofysiologie

De tussenwervelschijf bestaat uit een stevige buitenring, de annulus fibrosus, en een gelachtige kern, de nucleus pulposus. Bij een cervicale discushernia ontstaat eerst een scheur in de annulus fibrosus. Vervolgens duwt de nucleus pulposus door de opening en zet druk op het omliggende zenuwweefsel. Verschillende factoren verhogen de kans op deze scheuren, waaronder genetische aanleg, degeneratie, trauma en ongezonde levensstijlkeuzes zoals roken en overgewicht.

Wanneer een cervicale discushernia ontstaat, kan dit leiden tot enerzijds een mechanische druk op zenuwweefsel en anderzijds een inflammatoire reactie. Dit veroorzaakt symptomen die variëren afhankelijk van de locatie van de compressie. Wanneer de druk op een zenuwwortel wordt uitgeoefend, veroorzaakt dat meestal pijn die uitstraalt naar de arm. Patiënten verliezen soms gevoel of kracht in deze arm. Druk op het ruggenmerg kan ernstigere symptomen veroorzaken, zoals coördinatiestoornissen, moeilijk lopen, uitgebreid krachtsverlies en incontinentie. In deze gevallen grijpt het medische team onmiddellijk in om blijvende schade te voorkomen<sup>2</sup>.

## Diagnostiek

Artsen verzamelen cruciale informatie tijdens de anamnese en het klinische onderzoek. Ze identificeren typische pijnpatronen en sluiten andere



▲ Afbeelding van een cervicale discushernia met druk op de aftakende zenuwwortel. Lichtblauw: Annulus fibrosus. Roze: Nucleus pulposus

mogelijke oorzaken uit, zoals vaakvoorkomend een schouderproblematiek of carpaletunnelsyndroom.

MRI is de gouden standaard voor het detecteren van discushernia's, zenuwcompressie en rug- en nekpathologie in het algemeen. Hoewel CT-scans eenvoudiger te verkrijgen zijn, leveren ze minder nuttige informatie over de zachte weefsels. Daarnaast vermijden artsen ze vanwege de hogere stralenbelasting<sup>3</sup>.

## Behandeling

De behandeling van cervicale discushernia richt zich op pijnverlichting, ontstekingsremming en het herstel van functionaliteit. Artsen stellen het behandelplan af op de ernst van de klachten en de algemene gezondheidstoestand van de patiënt.

## Conservatieve behandeling

Een conservatieve aanpak is bij de overgrote meerderheid van patiënten succesvol, op voorwaarde dat de juiste begeleiding en ondersteuning aanwezig zijn. Meestal begint de behandeling met een NSAID in combinatie met adequate pijnstilling. In het acute stadium kan de zenuwpijn zeer uitgesproken zijn. Om deze pijn snel en gericht te behandelen, werkt de dienst nauw samen met de Pijnkliniek. Patiënten krijgen op korte termijn een transforaminale epidurale infiltratie met cortisone ter hoogte van de getroffen zenuw. Bij een cervicale discushernia levert deze aanpak vaak een duidelijk gunstig

effect op, doordat de inflammatiecomponent van de herniaproblematiek wordt aangepakt.

Na vermindering van de intense zenuwpijn volgt kinesitherapie, waarbij de dienst Revalidatie en Sportgeneeskunde nauw betrokken is. Zij begeleiden patiënten naar gerichte oefentherapieën en, indien nodig, een nekschool. Meer dan 90 % van de cervicale discushernia's wordt succesvol conservatief behandeld. Het lichaam breekt de hernia volledig af, wat in de eerste 4 tot 6 maanden vaak tot aanzienlijke verbetering leidt.

### Chirurgische behandeling

In ernstige gevallen kiezen artsen voor chirurgie. Dit is vooral voor patiënten waarbij de pijn onhoudbaar is ondanks de nodige maatregelen met NSAID's, pijnmedicatie en eventueel infiltraties. Zeker wanneer dit gepaard gaat met een verstoring van de nachtrust kan dit sterk invaliderend zijn. Daarnaast zijn er ook de meer dwingende en dringende indicaties, bij een progressieve neurologische uitval, hooggradig krachtsverlies of myelopathie.

De anterieure cervicale discectomie en fusie (ACDF) vormt de gouden standaard. De chirurg maakt via een kleine insnede in de hals een toegang tot de voorzijde van de wervelkolom. Dit is een gestandaardiseerde techniek waarbij de anatomische vlakken zorgvuldig worden gespreid en

- ▼ MRI-beeld van een een cervicale centrale discushernia met een hooggradige spinaalkanaalstenose tot gevolg, met druk op het ruggenmerg, met een beeld van medullopathie tot gevolg



gerespecteerd. De chirurg verwijdert de tussenwervelschijf volledig en haalt de discushernia onder microsopisch zicht weg. In de vrijgekomen ruimte komt een implantaat of kooi, gevuld met bot of kunstbot. Om de stabiliteit te garanderen, plaatst de chirurg een plaat met 4 schroeven, zodat de 2 wervels beenderig kunnen vergroeiën.

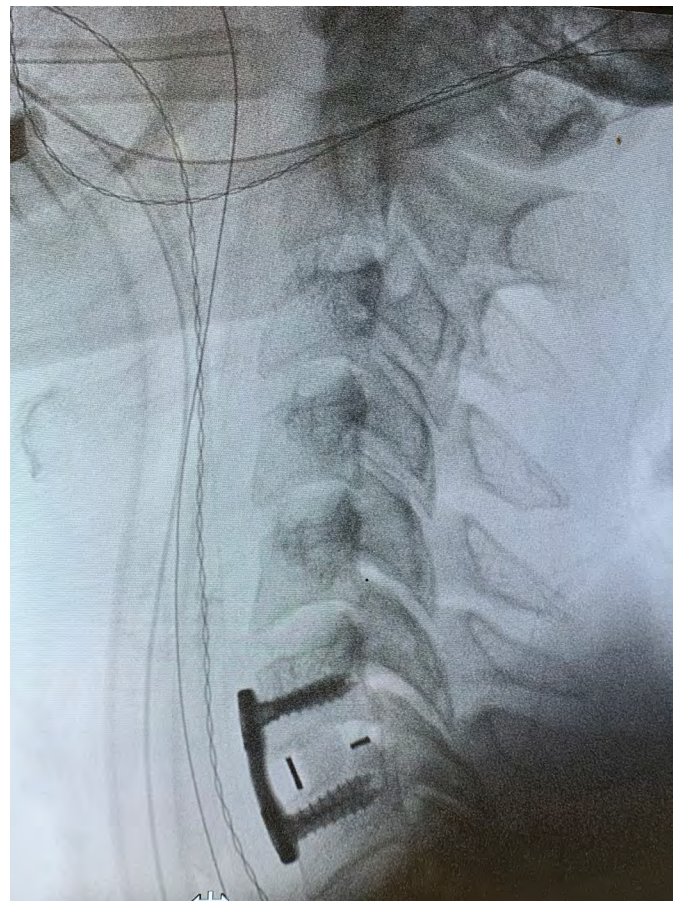
In specifieke gevallen kiest de chirurg voor een posterieure foraminotomie, waarbij de hernia via de achterzijde van de nek wordt benaderd. Dit is alleen mogelijk wanneer de discushernia zich lateraal van het ruggenmerg bevindt.

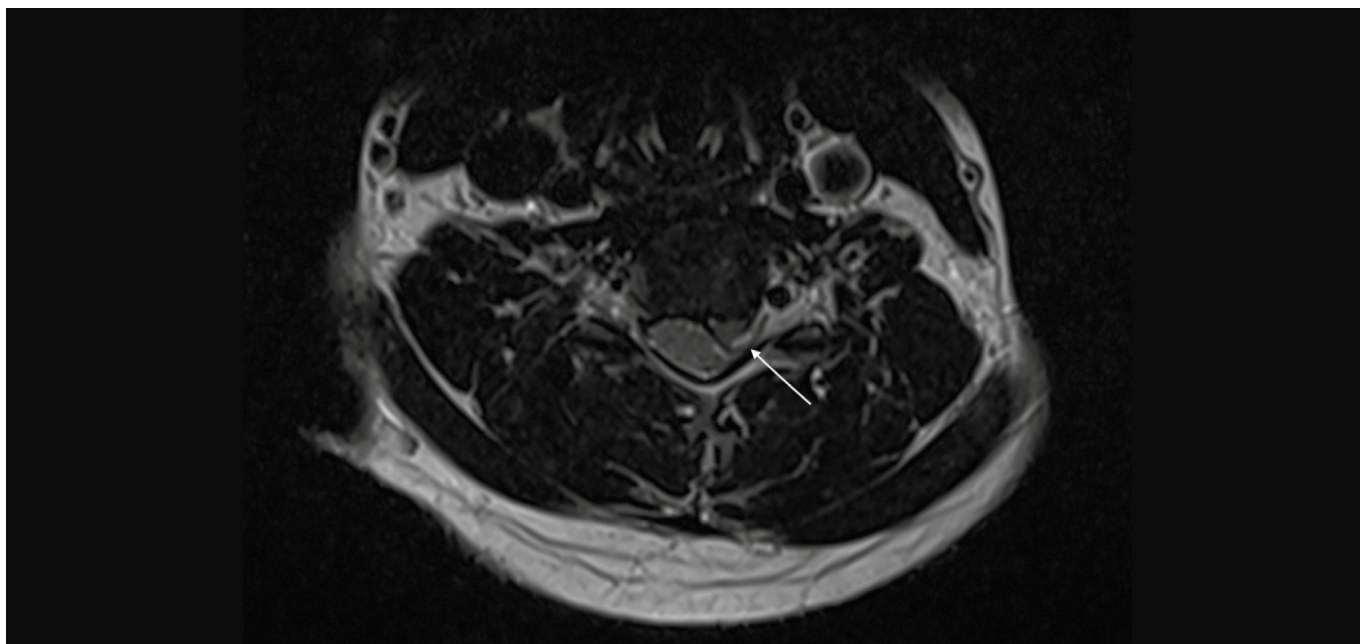
In de onderrug benadert de chirurg de meeste hernia's via de achterzijde, omdat daar enkel zenuwen lopen en geen ruggenmerg. De zenuwen kunnen eenvoudig gemobiliseerd en opzijgeschoven worden om de hernia te bereiken. In de nek bevindt zich het ruggenmerg, dat niet kan worden gemobiliseerd zonder het risico op beschadiging<sup>4</sup>.

### Postoperatieve zorg en revalidatie

Na de operatie werken artsen, kinesisten en verpleegkundigen samen aan het herstel van de patiënt. Ze voorzien een zachte halskraag voor comfort gedurende enkele weken. De meeste patiënten hervatten dagelijkse activiteiten zoals autorijden en licht huishoudelijk werk na 2 tot 3 weken. Na 6 weken start een revalidatieprogramma om kracht en mobiliteit in de nek te herstellen.

- ▼ Intra-operatief röntgenbeeld van een anterieure cervicale intervertebrale fusie met radiolucente kooi gevuld met botgreffe, met horizontale en verticale röntgenmerker, met plaatschroefosteosynthese





▲ MRI-beeld van een linkszijdige posterolaterale cervicale discushernia met druk op het ruggenmerg en de aftakende zenuwwortel linkszijdig

### Prognose en preventie

Cervicale discushernia is een behandelbare aandoening met een overwegend positieve prognose. Vroege diagnose en een multidisciplinaire benadering zijn essentieel om de beste uitkomst te garanderen. Conservatieve therapieën zijn meestal succesvol, terwijl chirurgie een veilige en effectieve optie biedt voor ernstige gevallen. Het AZ Sint-Jan Brugge AV kiest resoluut voor een patiëntgerichte aanpak, waarin moderne technieken en multidisciplinaire samenwerking bijdragen aan optimale zorg en herstel.

### REFERENTIES

1. Smith J, et al. *Advances in cervical disc herniation management. Journal of Spine Surgery.* 2023;12(4):234-245.
2. Wong JJ, Côté P, Quesnele JJ, Stern PJ, Mior SA. *Prognostic factors of symptomatic cervical disc herniation. Spine J.* 2014;14(8):1781-9.
3. Johnson LR, et al. *Comparative imaging in spinal pathology. Radiology Today.* 2022;45(5):112-118.
4. Brown T, Wilson JA. *Surgical approaches to cervical herniation. Neurospine.* 2021;18(2):75-85.

## Nieuw staflid



### Dr. Hugo Carvalho

Dienst Anesthesie en kritische zorgen  
campus Sint-Jan

050 45 30 45  
intensive.care@azsintjan.be

Dr. Hugo Carvalho behaalde zijn diploma geneeskunde aan de Universiteit van Porto (Portugal). Na een Erasmusuitwisselingsprogramma en een onderzoeksstage in het UZ Gent specialiseerde hij zich verder in de anesthesie. Dr. Carvalho voltooide zijn specialisatie in 2020 en werkte vervolgens als anesthesioloog-consulent in het UZ Brussel. In 2021 verdedigde hij zijn doctoraat 'Novel approaches to perioperative neuromuscular monitoring'. Nadien specialiseerde hij zich verder in cardio-thoracale anesthesie in het St. George's University Hospital (Londen, Verenigd Koninkrijk). Dr. Carvalho is lid van het Scientific Forum 1 van de European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC) en maakt als expert deel uit van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) en het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek (FWO). In april 2023 startte dr. Carvalho als arts-specialist op het departement Anesthesie en kritische zorgen op campus Sint-Jan, waar hij zich nu vooral toelegt op alle anesthesie-activiteiten binnen en buiten het operatiekwartier. Hij zal meewerken aan de wetenschappelijke programma's en blijft als onderzoeksconsulent ook verbonden aan het UZ Brussel.