



POSTERIEURE DISCECTOMIE LUMBAAL

HERNIA VERWIJDEREN VIA DE RUG

INHOUD

01	Inleiding	4
02	Klachten	5
03	Behandeling	5
04	Onderzoeken	6
05	De operatie	6
06	Verloop	7
07	Risico's	8
08	Ziekenhuisverblijf	9
09	Terug naar huis	9

01 INLEIDING

Deze brochure is bestemd voor patiënten die een chirurgische ingreep moeten ondergaan om een hernia in de lage rug (lumbale discushernia) te verwijderen.

Deze brochure vat het gesprek met de neurochirurg samen zodat u en uw familie alles nog eens rustig kunnen overlopen. We geven praktische informatie die u en uw familie kan helpen om u op de operatie voor te bereiden. Zo leest u meer over mogelijke klachten, de ingreep zelf, risico's en complicaties, het ziekenhuisverblijf en de nazorg.

Deze brochure vervangt in geen geval een gesprek met de neurochirurg over de ingreep, de slaagkansen en de gevolgen. Eventueel bijkomende vragen kunt u steeds aan de neurochirurg of de verpleegkundigen stellen.

02 KLACHTEN

Iedereen heeft wel eens rugpijn. Maar de pijn die een hernia veroorzaakt, verschilt grondig van een doordeweekse rugpijn. De uitstralende pijn naar het been bemoeilijkt soms zelfs het stappen en slapen. Veel patiënten zien een operatie als een snelle en definitieve oplossing voor een hernia, maar de werkelijkheid is complexer.

De naam discushernia verwijst naar een losliggend stukje weefsel afkomstig van de tussenwervelschijf (discus) dat ergens tegenaan drukt. Meestal drukt het tegen een zenuwwortel, wat pijn veroorzaakt. Vaak heeft de patiënt al enkele maanden pijn in het been, soms tot in de voet. Pijnstillers en rust kunnen enkel tijdelijk verlichting brengen. Soms treedt ook neurologische schade op: krachtafname in het been of de voet, een verdwenen peesreflex of verminderde gevoeligheid in het been kunnen daar op wijzen.

03 BEHANDELING

Een operatie is altijd de laatste keuze en wordt pas overwogen wanneer andere behandelingen (medicatie, infiltraties, fysiotherapie) niet helpen of bij toenemend functie-uitval. Meer en meer is een hernia-ingreep een deel van een behandelingsplan en dus niet de enige behandeling op zich.

De ingreep die hier staat beschreven, behandelt enkel de hernia in de lage rug (lumbale discushernia) en dus geen hernia in de nek (cervicaal) of in de hoge rug (thoracaal). Bepaalde types hernia kunnen nooit via de hier beschreven ingreep geopereerd worden, maar vereisen een totaal andere chirurgische benadering.

04 ONDERZOEKEN

Een discushernia kan worden vastgesteld met een CT- (computertomografie) of MRI-scan (magnetische resonantie). Een CT-scan werkt op basis van röntgenstralen, een MR-scan toont de weefsels door middel van een magneetveld en radiogolven. We kiezen meestal voor een MRI-scan, omdat die onder meer de zenuwwortels en het ruggenmerg nauwkeurig weergeeft. Op een gewone röntgenfoto van de rug is een hernia niet te zien.

De hernia is vaak te zien als een stukje discusweefsel dat zich vanuit de tussenwervelschijf tot in het ruggenmergkanaal (spinaal kanaal) bevindt en dat drukt op de zenuwwortel (radix). Die druk veroorzaakt de hevige pijn. Dat is een typische 'laterale hernia' (80% van de patiënten). Er zijn ook hernia's die zich in het vervoegingsgat (neuroforamen) bevinden of zelfs erbuiten, naar opzij toe, en die zich dus niet meer in het ruggenmergkanaal bevinden (foraminale of extraforaminale hernia). De ligging van de hernia bepaalt mee de keuze van de toegepaste chirurgische techniek.

05 DE OPERATIE

De beslissing om te opereren wordt in overleg met u genomen, aan de hand van een gericht klinisch onderzoek en de resultaten van scans. Meerdere factoren spelen een rol. Onder meer de duur en de ernst van de pijnklachten, maar ook de resultaten van een niet-chirurgische (conservatieve) behandeling op basis van medicatie en rust en eventuele uitvalsverschijnselen (parese) kunnen de beslissing om te opereren beïnvloeden. De omvang van de hernia is op zich nooit een definitief beslissende factor.

Er bestaan verschillende chirurgische technieken om een hernia te behandelen. We maken een belangrijk onderscheid tussen twee types operaties:

- ▲ Bij de eerste soort operaties wordt enkel de hernia weggehaald.
- ▲ Bij de andere wordt niet alleen de hernia weggehaald, maar worden ook twee of meer ruggenwervels 'vastgezet' (fusie of (arthro-)dese).

Welke ingreep het wordt, hangt opnieuw af van meerdere factoren. De neurochirurg bespreekt dit met u.

06 VERLOOP

- ▲ U wordt onder narcose gebracht en beademd via een buisje in de luchtpijp (intubatie).
- ▲ Omdat de ingreep via de rug gebeurt, ligt u op uw buik. U steunt op de borst en de knieën (genu-pectoraal). Die positie voorkomt dat de kleine bloedvaten in de rug (epidurale venen) tijdens de operatie overmatig bloeden en zorgt voor een correcte positie van de wervels.
- ▲ De plaats van insnede wordt bepaald via doorlichting (radioscopie) om zo het correcte tussenwervelschijfniveau te benaderen.
- ▲ Er wordt een kleine insnede gemaakt in de huid, waarna de onderhuidse weefsels en de spieren worden losgemaakt om het ligamentum flavum – een soort pees tussen twee doornvormige uitsteeksels – te bereiken. Daarna neemt de chirurg een klein stukje bot van de boog van de wervel (lamina) weg om het ruggenmergkanaal (spinaal kanaal) te bereiken.
- ▲ Vaak wordt nadien verder gewerkt onder vergroting door middel van de microscoop. De neurochirurg spoort de zenuwwortel (radix) op die door de hernia bekneld wordt. De zenuwwortel en de dura mater (het harde hersenvlies, dat niet alleen de hersenen maar ook het ruggenmerg omgeeft) wordt met een speciaal instrument opzij gehouden om bij de hernia te komen en deze te verwijderen.
- ▲ Na een laatste inspectie wordt de wond goed gespoeld. De weefsels worden in aparte lagen gesloten en de huid wordt gehecht.

07 RISICO'S

Deze ingreep verloopt meestal zonder veel problemen. Toch kunnen complicaties niet uitgesloten worden.

- ▲ Recidief-hernia: Tijdens de ingreep kan bijna nooit de volledige discus worden verwijderd. Daarom kan er soms een stukje discus opnieuw zijn weg zoeken naar het ruggenmergkanaal. Dan ontstaat opnieuw een hernia. Dit komt voor bij een minderheid van de patiënten. De hernia wordt ofwel opnieuw met rust behandeld ofwel, uitzonderlijk, opnieuw met een ingreep.
- ▲ Dura-lek: Tijdens de ingreep kan een opening ontstaan in de dura, waardoor er wat hersenvocht (cerebrospinaal vocht of CSF) lekt. Meestal wordt dit lek meteen gedicht met een hechting of biologische lijm. De patiënt moet dan wel twee dagen platte bedrust houden om de genezing te bevorderen. Deze complicatie treedt zelden op.
- ▲ Spanning op de zenuwwortel: Soms is de zenuwwortel zodanig opgespannen door de hernia dat hij schade oploopt. Na de ingreep is de pijn in het been dan de eerste dagen wel beter, maar verschijnt er nadien een soort 'brandend', zeurderig gevoel in het been waar eerst de pijn zat (neuropathische pijn). Die pijn moet vaak met specifieke medicijnen behandeld worden en verdwijnt dan, weliswaar slechts na enkele maanden. Eigenlijk is dit niet zozeer een complicatie, maar een vooraf bestaande toestand die door de hevige, scherpe pijn verborgen bleef.
- ▲ Discopathie: Het ontstaan van een hernia betekent dat de tussenwervelschijf (discus) al een zekere graad van schade heeft opgelopen. De operatie verzwakt de tussenwervelschijf nog wat meer. Daardoor kan de natuurlijke slijtage versnellen, waardoor sommige patiënten enkele maanden of jaren later rugpijn krijgen. Slechts zelden treedt ook pijn aan de benen op. Hiervoor moet de patiënt soms een andere chirurgische procedure ondergaan.
- ▲ Bloeding: Wanneer tijdens de ingreep een klein bloedvat is opengegaan, kan een bloeding ontstaan. Hierdoor kan de wonde na de ingreep opzwellen. Meestal volstaat wonddrainage om dit te voorkomen. Hoogst uitzonderlijk moet de wonde terug worden opengemaakt. Deze complicatie treedt heel zelden op.
- ▲ Infectie: De huid of de diepere weefsels kunnen infecteren. Uitzonderlijk kan ook een infectie ontstaan van de tussenwervelschijfruimte zelf (discitis). Deze complicatie wordt dan behandeld door bedrust en antibiotica. Ook deze complicatie doet zich heel zelden voor.

08 ZIEKENHUISVERBLIJF

- ▲ U wordt de dag voor de operatie opgenomen. Voorbereidende onderzoeken die nog niet zijn uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld een röntgenfoto van de longen, of controle van de bloedstolling of hartfilm (EKG of electrocardiogram) vinden dan plaats.
- ▲ Na de operatie verblijft u eerst enkele uren in de ontwaakruimte (PAZA, Post- anesthesie zorgafdeling). Meestal mag u in de vooravond naar de kamer terugkeren.
- ▲ De pijn ter hoogte van de wonde wordt met medicatie bestreden. Aanvankelijk wordt de medicatie via een infuus toegediend, daarna via pilletjes.
- ▲ Vanaf de tweede dag moedigen we u aan om, met hulp van de verpleegkundige of de kinesitherapeut, te stappen. In deze fase is matige rugpijn normaal. Het is mogelijk dat de heftige uitstralingspijn die u voor de operatie had nog niet volledig is verdwenen. De pijn zou wel al minder moeten zijn.
- ▲ Na gemiddeld een vijftal dagen kunnen de meeste patiënten naar huis.
- ▲ De hechtingen kunnen na acht dagen worden verwijderd door een verpleegkundige of door de huisarts.

09 TERUG NAAR HUIS

De eerste zes weken na de operatie moet u elke belasting van de rug absoluut vermijden. Zeker voorwerpen optillen wordt ten sterkste afgeraden (om de kans op herval te verkleinen). Nadien mag u de rug geleidelijk aan opnieuw meer belasten. Toch blijft het ook de eerste zes weken belangrijk om in beweging te blijven. Het is aangewezen om regelmatig te stappen. Buikspieroefeningen zijn echter volledig uit den boze. Na zes weken volgt een controle-afspraken bij de neurochirurg, waar het verdere verloop van de behandeling wordt besproken. Eventueel wordt dan de hulp van een kinesitherapeut of fysiotherapeut ingeroepen.

Polikliniek Neurologie-Neurochirurgie

Ingang 12, route 1525

T +32 (0)9 332 32 56

neurologie.neurochirurgie@uzgent.be

Verpleegafdeling Neurochirurgie

Ingang 12, route 1392

T +32 (0)9 332 31 56

Auteurs: dr. Giorgio Hallaert en Wim Coppens

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11 | E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

