

INFO VOOR PATIËNTEN

ACDF

ANTERIEURE CERVICALE DISCECTOMIE
EN FUSIE

INHOUD

01	Inleiding	4
02	Klachten	4
03	Diagnose	5
04	Operatie	6
05	Risico's	7
06	Ziekenhuisverblijf	8
07	Terug thuis	9

01 INLEIDING

Vroeg of laat heeft iedereen wel eens nekklasten. Sommige mensen hebben last van pijn in de nek die uitstraalt naar de armen. Bij anderen straalt de pijn soms zelfs uit tot in de handen. Wanneer pijnstillers en niet-chirurgische behandelingen bij deze klachten geen soelaas brengen, kan een operatie aangewezen zijn.

In deze brochure beschrijven we de meest frequente klachten die aanleiding geven tot de operatie, het verloop van de ingreep, de risico's en de nazorg.

02 KLACHTEN

De meeste patiënten hebben last van uitstralende pijn in de arm, vaak tot in de hand (brachialgie). Soms is er sprake van krachtvermindering. Daarnaast hebben vele patiënten last van nekpijn (cervicalgie). De ingreep is in de eerste plaats bedoeld om de armpijn te behandelen.

Sommige patiënten ondervinden druk op het ruggenmerg (medullopathie). Ze hebben daarbij niet altijd pijnklachten, maar wel gevoelsstoornissen of stoornissen van de motoriek van de ledematen. Hierdoor kunnen ze minder goed stappen. In dat geval moet een operatie in eerste instantie voorkomen dat het probleem erger wordt. In het beste geval kan een operatie beterschap brengen.

03 DIAGNOSE

Een gewone röntgenfoto (RX) toont vaak beenderige aanwas (osteofyten) van de wervelkolom en een hoogtevermindering van de tussenwervelschijf (discus). Op een CT-scan is dit nog duidelijker te zien.

We maken bijna altijd een MRI-scan (magnetische resonantie) van de wervelzuil. Zo kunnen we ook de zenuwen, het ruggenmerg, de tussenwervelschijf, de spieren en de ligamenten nauwkeurig bekijken. Ook een kwetsuur van het ruggenmerg (medullopathie) is zichtbaar op een MRI-scan.

Vaak stellen we een uitpuiling of hernia van de discus vast die druk uitoefent op een zenuwwortel (radix) en zo de pijn in de arm veroorzaakt. Doorgaans zijn ook de vervoegingsgaten (neuroforamina) vernauwd waarlangs de zenuwwortel naar buiten treedt.

04 OPERATIE

De operatie die we u voorstellen heet anterieure cervicale discectomie en fusie. Bij deze ingreep wordt via de hals een tussenwervelschijf in de nek verwijderd en een kooitje geplaatst.

Verloop

- ▲ U wordt onder algemene verdoving gebracht en beademd via een buisje in de luchtpijp (intubatie).
- ▲ De operatiezone wordt eerst zorgvuldig ontsmet en met steriele doeken afgedekt.
- ▲ Via doorlichting (radioscopie) bepaalt de chirurg de plaats van insnede.
- ▲ De chirurg maakt een insnede van ongeveer 4 à 5 cm in de huid. Nadien worden de diepere weefsels losgemaakt.
- ▲ De chirurg bereikt de tussenwervelschijf (discus) door plaats te maken tussen de grote bloedvaten van de hals (arteria carotis en vena jugularis) en de organen in de hals (stokdarm, luchtpijp en schildklier). Eenmaal de wervels bereikt, brengt de chirurg een speciale spreider in die de weefsels openhoudt.
- ▲ De rest van de operatie gebeurt doorgaans onder microscopische vergroting.
- ▲ Er wordt een insnede gemaakt en de discus wordt zorgvuldig verwijderd. Ook de hernia wordt zo weggenomen.
- ▲ De vervoegingsgaten (neuroforamina) worden opengemaakt zodat de zenuwwortels (radices) opnieuw plaats krijgen.
- ▲ Nadat de discus is verwijderd, plaatst de chirurg een kooitje (cage). Soms wordt daarbij ook een plaatje vastgemaakt vooraan op de wervels voor extra fixatie. Een controledoorlichting bepaalt de positie van het ingebrachte materiaal.
- ▲ Nadien wordt de wond gereinigd en gespoeld en wordt de spreider verwijderd.
- ▲ De weefsels kunnen nu gesloten worden. De huid wordt soms gelijmd, zodat later geen hechtingen hoeven te worden verwijderd.
- ▲ Soms blijft een drain in de wonde achter om overtollig wondvocht en bloed af te voeren.
- ▲ De plaatsing van een discusprothese gebeurt op dezelfde manier maar in de plaats van een kooitje wordt een mobiele prothese geplaatst. De keuze voor een kooitje of een prothese hangt af van vele factoren. De neurochirurg bespreekt dit met u.

05 RISICO'S

Doorgaans verloopt deze ingreep zonder veel problemen. Toch kunnen er complicaties optreden, al gebeurt dat zelden. We sommen ze hier op:

- ▲ Moeizaam slikken: doordat de slokdarm een tijdje opzij is geduwd, verloopt het slikken de eerste twee tot drie dagen wat moeilijker. Bijna alle patiënten hebben er last van, maar de klacht verdwijnt spontaan.
- ▲ Heesheid: een klein zenuwtakje dat naar de stemband loopt, kan tijdelijk beschadigd zijn. Dit veroorzaakt heesheid. Meestal herstelt de stem na ten laatste een drietal maanden. Deze complicatie komt voor bij ongeveer 10 procent van de patiënten.
- ▲ Infectie: de huid of diepere weefsels kunnen ontsteken. We proberen deze complicatie te voorkomen door zorgvuldig te ontsmetten en steriel te werken. Deze complicatie komt dus slechts zelden voor.
- ▲ Bloeding: na de operatie kan een klein bloedvat opnieuw gaan bloeden. Daarom brengt u één nacht in de ontwaakruimte (PAZA of Post-anesthesie zorgafdeling) door. Bij een bloeding moet de wonde meestal opnieuw opengemaakt worden. Deze complicatie treedt zelden op.
- ▲ Slokdarmscheurtje: tijdens de operatie kan een minuscule scheurtje in de slokdarm ontstaan. Meestal is het zo klein dat de chirurg het niet opmerkt. Door het scheurtje krijgt de patiënt een zwelling ter hoogte van de hals en ontstaan blijvende slikmoeilijkheden. In dat geval plaatsen we tijdelijk een voedingssonde. De patiënt mag namelijk enkele dagen geen voedsel of vocht meer doorslikken. Uitzonderlijk moet de slokdarm gehecht worden. Deze complicatie doet zich uiterst zelden voor.
- ▲ Ruggermerg- of zenuw schade: wanneer er tijdens de operatie plots druk komt op een zenuw wortel of op het ruggenmerg, kan er blijvende schade ontstaan, met soms zelfs een verlamming tot gevolg. Dit gebeurt echter uiterst zelden.

06 ZIEKENHUISVERBLIJF

- ▲ U wordt een dag voor de operatie opgenomen.
- ▲ Voor de operatie doen we nog enkele onderzoeken, als die nog niet gebeurd zijn, zoals een röntgenfoto van de longen, of controle van de bloedstolling of een hartfilm (EKG of electrocardiogram). We nemen ook de maat voor de zachte halskraag die u na de ingreep een zestal weken moet dragen.
- ▲ De dag van de operatie keert u meestal nog niet naar de kamer terug. U overnacht dan in de ontwaakruimte of PAZA (Post-anesthesie zorgafdeling) vlak bij de operatiezaal. Dit is een veiligheidsmaatregel voor het geval zich een complicatie voordoet.
- ▲ De dag na de ingreep kunt u terug naar de kamer. De wondpijn bestrijden we met medicatie via een infuus. Het buisje dat via de neus tot in de maag loopt (nasogastrische sonde) mag pas worden verwijderd als u niet langer misselijk bent.
- ▲ Ter controle van de nekervels maken we een röntgenfoto. Na beoordeling door de zaalarts mag u opstaan. Dit gebeurt onder begeleiding van een verpleegkundige en mits u een zachte halskraag draagt. In de douche mag u de halskraag soms even uit laten: raadpleeg hiervoor de verpleegkundige.
- ▲ We moedigen u aan om vanaf de tweede dag na de ingreep zoveel mogelijk uit bed te komen en zelf voor uw hygiëne te zorgen. Na gemiddeld een drietal dagen kunnen de meeste mensen naar huis.

07 TERUG THUIS

We raden u ten eerste aan om de eerste twee maanden na de ingreep zoveel mogelijk belasting van de nek te vermijden en zeker geen zwaar werk te verrichten. Ook handelingen waarbij de armen tot boven de schoudergordel komen, worden afgeraden.

- ▲ Autorijden kan, maar wordt het best zoveel mogelijk vermeden.
- ▲ U moet de zachte halskraag zes weken dragen.
- ▲ Het is belangrijk om voldoende te bewegen. Rondlopen, stappen en fietsen op de hometrainer zijn aangewezen (liever niet op de weg om vallen te vermijden). Na zes tot acht weken volgt een controleraadpleging. Deze controle wordt voorafgegaan door een nieuwe röntgenfoto van de nek. Als de resultaten goed zijn, mag u vanaf dan weer meer werken. U mag dan ook de kraag achterwege laten.
- ▲ Indien nodig schakelen we een fysio- of kinesitherapeut in.
- ▲ Gemiddeld duurt het ziekteverlof al gauw twee maanden.

Poli Neurochirurgie

Ingang 12, route 1525

T +32 (0)9 332 32 56

Verpleegafdeling Neurochirurgie

Ingang 12, route 1392

T +32 (0)9 332 31 56

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.

Auteurs: dr. Giorgio Hallaert en Wim Coppens

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

