



ALIF

ANTERIEURE LUMBALE INTERCORPORELE
DISCECTOMIE EN FUSIE

INHOUD

| | | |
|-----------|------------------------|---|
| 01 | Inleiding | 4 |
| 02 | Klachten | 4 |
| 03 | Diagnose door MRI-scan | 5 |
| 04 | Operatie | 6 |
| 05 | Risico's | 7 |
| 06 | Ziekenhuisverblijf | 8 |
| 07 | Terug thuis... wat nu? | 9 |

01 INLEIDING

Rugpijn is een vaak voorkomende klacht. Het is in België de op een na frequentste reden voor afwezigheid door ziekte. Uiteraard moet niet iedereen die rugpijn heeft geopereerd worden.

Als een operatie overwogen wordt, is een gesprek tussen de neurochirurg en de patiënt essentieel. Tijdens dit gesprek worden de procedure, de mogelijke risico's en complicaties en realistische verwachtingen voor de tijd na de operatie besproken.

Deze brochure is hierbij een geheugensteuntje.

02 KLACHTEN

De meeste patiënten melden zich aan met rugpijn en soms ook met pijn in het been. Soms zijn ze al eerder geopereerd. Deze pijnklachten zijn belangrijk en hinderen de patiënt in het dagelijks leven. Een groot deel van de patiënten kan niet meer werken omwille van de pijn. Soms, maar niet vaak, komen ook verlamingsverschijnselen in de benen voor.

03 DIAGNOSE DOOR MRI-SCAN

Tegenwoordig kunnen we zeer goede beelden van de wervels, tussenwervelschijven, zenuwen, facetgewrichten en spieren maken. Bij de meeste patiënten wordt een MR-scan (magnetische resonantie) uitgevoerd die deze structuren zeer fraai in beeld brengt. Deze scan kan een vernauwing tonen van de hoogte van de tussenwervelschijf (discus) en een uitdroging van de tussenwervelschijf (discopathie). Vaak zien we ook een puiling (bulging) of een echte hernia, d.w.z. een losliggend afgescheurd stukje discusweefsel.

We letten ook op de 'vervoegingsgaten' (neuroforamen) die vaak naar elkaar toe geschoven en vernauwd zijn door het zakken van de wervels. Dit kan druk veroorzaken op de zenuwwortel (radix) waardoor pijn kan ontstaan.

Het vervoegingsgat is de spleet tussen twee wervels waarlangs een zenuwwortel naar buiten treedt. Wanneer er bovendien ook nog een puilende discus of hernia is, wordt de zenuwwortel nog meer in het nauw gebracht.

04 OPERATIE

De operatie die we u voorstellen heet anterieure lumbale intercorporele discectomie en fusie (ALIF) of operatieve verwijdering van de tussenwervelschijf via de buik en plaatsing van een kooi.

Verloop

- ▲ U wordt onder algemene verdoving (narcose) gebracht en krijgt een buisje in de keel dat de ademhaling overneemt (intubatie). Door toediening van medicijnen verslappen uw spieren.
- ▲ De chirurg maakt een snede in de huid ter hoogte van de buik. Dat kan in het midden (onder de navel), van boven naar rechts (mediane laparotomie) of ter hoogte van de bikinilijn van links naar rechts. Zo kunnen we de buikspieren bereiken. Die worden in het midden gesplitst.
- ▲ Dan bereikt de chirurg de eigenlijke buikholte. Het buikvlies (peritoneum) waarin zich de buikorganen bevinden, blijft dicht en wordt van links naar rechts opzij geduwd. Zo bereikt de chirurg de achterzijde van de buik of de voorzijde van de rug.
- ▲ Hier liggen grote bloedvaten (arteria en vena iliaca). Meestal moeten deze voorzichtig opzij gelegd worden om de tussenwervelschijf te kunnen bereiken. Dit gaat soms gemakkelijk, soms wat moeilijker.
- ▲ We controleren het correcte tussenwervelschijfniveau door middel van doorlichting (radioscopie).
- ▲ Als de discus bereikt is, neemt de chirurg die met specifieke instrumenten weg. Een bepaald 'peesblad' (ligamentum longitudinale posterius) blijft meestal bewaard, maar bij sommige types discushernia wordt het ook weggenomen.
- ▲ Het kraakbeen wordt van de wervels verwijderd en vervolgens wordt de kooi (cage) geplaatst. Dit gebeurt om het aaneengroeien van de wervels te bevorderen. Afhankelijk van het type, wordt de kooi vastgemaakt met schroeven die rechtstreeks in de kooi geplaatst worden of met een plaat en schroeven aan de voorzijde van de wervels.
- ▲ Hierna wordt de operatie afgerond door de wonde grondig te spoelen, een drain te plaatsen en de weke delen in afzonderlijke lagen zorgvuldig te hechten.
- ▲ U wordt in de operatiezaal terug wakker gemaakt. Nadien overnacht u in de ontwaakruimte (PAZA – Post-anesthesie zorgafdeling).
- ▲ De operatie duurt ongeveer 2 tot 4 uur.

De techniek voor de plaatsing van een lumbale prothese is exact dezelfde, met als enige verschil dat er geen kooi, maar een beweeglijke prothese wordt geplaatst.

05 RISICO'S

- ▶ Vanuit de grote bloedvaten kan tijdens de operatie een bloeding optreden. De chirurg stopt de bloeding dan meteen. Uitzonderlijk treedt een bloeding op na de operatie. In dat geval bestaat de mogelijkheid dat de wonde opnieuw moet worden opengemaakt.
- ▶ Bij de man kunnen de kleine zenuwen naar de zaadleider beschadigd raken. Daardoor kan zogenaamde 'retrograde ejaculatie' optreden. Dit betekent dat bij de zaadlozing een deel van het sperma niet naar buiten maar wel richting blaas gestuwd wordt. Dat is NIET hetzelfde als onvruchtbaarheid of impotentie. Meestal ondervindt de man hier geen hinder van, op troebele urine bij het plassen na. Deze bijwerking komt voor bij ongeveer 3-5% van de mannen die deze operatie ondergaan.
- ▶ Na de operatie kan een bloedklonter (trombose) ontstaan in de aders in de kuit (diepe veneuze trombose - DVT) of in de grote aders in het bekken. Ter preventie dienen we spuitjes met een bloedverdunnend middel toe. In feite bestaat dit risico na elke operatie, maar bij deze techniek is het risico iets groter. Het is belangrijk dat u na de operatie zo snel mogelijk weer gaat stappen. De spuitjes worden ook nog twee tot drie weken thuis verder toegediend.
- ▶ In de eerste weken na de operatie kan het geplaatste kooitje verzakken. Dit is echter uitzonderlijk. Ter preventie raden we alle patiënten aan om enkele weken een lumbaal korset te dragen.
- ▶ De kans op het raken van de zenuwwortels of het veroorzaken van een lekkage van hersen- of ruggemergvocht (cerebrospinaal vocht of CSF) is bij deze techniek heel klein.

06 ZIEKENHUISVERBLIJF

- ▲ U wordt de dag voor de operatie opgenomen.
- ▲ Voor de operatie doen we nog enkele onderzoeken (als die nog niet gebeurd zijn): röntgenfoto van de longen, controle van de bloedstolling, hartfilm (EKG).
- ▲ Na de operatie overnacht u op de PAZA (Post-anesthesie zorgafdeling). Dit is de ontwaakruimte die vlakbij de operatiezaal ligt. Daar wordt u van nabij gevolgd voor het geval zich een complicatie voordoet.
- ▲ De volgende dag gaat u terug naar de kamer. De pijn ter hoogte van de wonde wordt met medicatie bestreden (pijnpomp). U hebt nog een nasogastrische sonde, een buisje dat via de neus tot in de maag reikt. Dit mag verwijderd worden als u niet meer misselijk bent.
- ▲ Ter controle van de positie van het kooitje wordt een röntgenfoto van de rug gemaakt. Als de zaalarts de röntgenfoto beoordeeld heeft, mag u opstaan. Dit gebeurt onder begeleiding van een verpleegkundige en op voorwaarde dat u een korset draagt.
- ▲ De volgende dagen mag u geleidelijk aan meer stappen. Hoeveel en hoe snel varieert van patiënt tot patiënt en is afhankelijk van de individuele evolutie.
- ▲ De wonde aan uw buik wordt regelmatig gecontroleerd.
- ▲ Na gemiddeld een zevental dagen bent u voldoende hersteld om naar huis terug te keren. In deze fase krijgt u nog geen kinesitherapie.

07 TERUG THUIS... WAT NU?

- ▲ We raden u ten eerste aan om uw rug zo min mogelijk te belasten de eerste twee maanden na de operatie. Tillen en buikspieroefeningen zijn in deze periode zeker uit den boze. U moet ook zes weken een korset dragen.
- ▲ Om een bloedklonter in de benen of de buik te vermijden, krijgt u nog twee tot drie weken spuitjes in de buik (Clexane). Het is ook belangrijk om voldoende te bewegen. Het is aangewezen om rond te lopen, te stappen of te fietsen op de hometrainer (best niet op de weg omwille van het risico op vallen).
- ▲ Na zes tot acht weken is een controleraadpleging voorzien. Deze controle wordt voorafgegaan door een nieuwe röntgenfoto van de rug. Vanaf dan mag u de rug meer gaan belasten, op voorwaarde dat alles in orde is. Indien nodig kunt u een beroep doen op fysio- of kinesitherapie.

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

