

DECOMPRESSIEVE LUMBALE LAMINECTOMIE

VERWIJDERING VAN WERVELBOGEN
IN DE LAGE RUG

INHOUD

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

01 INLEIDING

Rugpijn en rugproblemen vormen in de westerse wereld de op een na meest voorkomende reden voor afwezigheid door ziekte. Rugpijn komt dus heel vaak voor. Uiteraard moet niet iedereen die rugpijn heeft geopereerd worden.

Er bestaan meerdere chirurgische ingrepen voor de behandeling van rugpijn. Een operatie blijft echter de laatste behandelingsstap: we stellen enkel een operatie voor als andere behandelingen falen.

In deze brochure leest u welke klachten aanleiding kunnen geven tot de uitvoering van een laminectomie. We beschrijven ook het verloop van de operatie, de mogelijke risico's en de nazorg.

02 KLACHTEN

De meeste patiënten worden door hun huisarts, neuroloog of fysiotherapeut naar onze dienst verwezen met rugpijn (lumbalgie) of moeilijkheden bij het stappen (neurogene claudicatio). Vaak slepen de klachten al maanden of zelfs jaren aan en verhinderen ze de patiënt om langere afstanden te voet af te leggen. Aangezien dit ongemak evengoed te wijten kan zijn aan problemen met de bloedvaten in de benen, gaan we op zoek naar de juiste diagnose.

De rugpijn is doorgaans eerder zeurend en vervelend dan echt hevig. De pijn straalt soms uit tot in de bovenbenen, maar zelden tot in de voeten.

03 BEELDFORMING

Gewoonlijk maken we een röntgenfoto (RX) en MRI-scan (magnetische resonantie) van de lage rug. Daarop is vaak slijtage zichtbaar: een gevorderde vorm van artrose van de ruggenwervels.

Door de slijtage vernauwt het ruggenmergkanaal. Deze vernauwing is zo uitgesproken dat ze ernstige druk veroorzaakt op de zenuwwortels. Bij de meest uitgesproken gevallen krullen de zenuwwortels boven de vernauwing zich wat op. Dat is duidelijk zichtbaar op een MRI-scan. De vernauwing ontstaat doordat er extra bot is gegroeid (osteofytose) en het ligament op die plaats te dik is geworden (flavum-hypertrofie).

04 OPERATIE

De operatie die we u voorstellen heet decompressieve lumbale laminectomie, of verwijdering van wervelbogen in de lage rug.

Verloop

- ▲ U wordt onder algemene verdoving gebracht en beademd via een buisje in de luchtpijp (intubatie). Aangezien de operatie via de rug wordt uitgevoerd, ligt u op de buik.
- ▲ De operatiezone wordt zorgvuldig ontsmet en met steriele doeken afgedekt.
- ▲ De chirurg maakt een snede middenin de rug. De exacte plaats wordt bepaald via radioscopie. De grote rugspieren worden van de wervelbogen losgemaakt, afgeschoven en op hun plaats gehouden met een weefselstreper. Zo wordt het eigenlijke bot van de wervels vrijgemaakt.
- ▲ Met verschillende instrumenten wordt het bot weggenomen, met name het doornvormig uitsteeksel (processus spinosus), de wervelbogen (lamina) én het verdikte ligament. De dura, het harde hersenvlies dat niet alleen de hersenen maar ook het ruggenmerg omgeeft, krijgt zo opnieuw ruimte. Meestal neemt de chirurg ook de beenderige rand boven de zenuwwortels weg, zodat ook de zenuwwortels extra ruimte krijgen.
- ▲ Nadien wordt de wonde gereinigd en gespoeld. Er wordt een drain geplaatst en de weefsels worden in lagen gesloten. De hechtingen mogen meestal na acht dagen verwijderd worden.

05 RISICO'S

Deze ingreep verloopt meestal zonder veel problemen. Toch kunnen complicaties niet uitgesloten worden. We sommen de belangrijkste op:

- ▲ Bloeding: na de ingreep kan een bloeding ontstaan doordat een klein bloedvat is opengegaan. De wonde kan hierdoor opzwellen. Meestal volstaat wonddrainage om dit te voorkomen. Hoogst uitzonderlijk moet de wonde terug worden opengemaakt. Deze complicatie treedt zelden op.
- ▲ Infectie: de huid of de diepere weefsels kunnen ontsteken. Ook deze complicatie doet zich zelden voor.
- ▲ Dura-lek: tijdens de ingreep kan een opening ontstaan in de beknelde dura waardoor er wat hersenvocht (cerebrospinaal vocht of CSF) lekt. Meestal wordt dit lek meteen gedicht met een hechting of met biologische lijm. De patiënt moet dan twee dagen plat in bed blijven liggen om de genezing te bevorderen. Deze complicatie treedt zelden op.
- ▲ Instabiliteit van de wervels: doordat de wervelbogen weggenomen zijn, kan het wervellichaam soms wat verschuiven ('anterolisthese'). Let wel: dit gebeurt niet meteen na de operatie, maar kan maanden tot jaren later optreden. Vaak veroorzaakt deze instabiliteit geen last, maar soms krijgen patiënten wel rugpijn en blijkt het noodzakelijk om de wervels door middel van schroeven in de rug vast te zetten. Ook deze complicatie doet zich slechts zelden voor.
- ▲ Cauda equina syndroom: dit syndroom treedt op doordat een nabloeding plots veel druk uitoefent op de zenuwwortels in het operatiegebied. Dit kan ervoor zorgen dat het gevoel ter hoogte van de 'rijbroek' uitvalt. Ook de controle over plas en stoelgang verdwijnt dan. Patiënten verliezen kracht in de onderbenen en/of de voeten. Dit syndroom komt gelukkig zelden voor. Gebeurt het toch, dan verwijdert de chirurg de bloedklonter zo snel mogelijk. De meeste patiënten genezen.

06 ZIEKENHUISVERBLIJF

- ▲ U wordt de dag voor de operatie opgenomen.
- ▲ Voor de operatie doen we nog enkele onderzoeken als die nog niet eerder uitgevoerd werden, bv. een röntgenfoto van de longen, controle van de bloedstolling of een hartfilm (EKG of elektrocardiogram).
- ▲ Na de operatie verblijft u eerst enkele uren in de ontwaakruimte (PAZA, Post-anesthesie zorgafdeling). Meestal mag u in de vooravond terug naar de kamer.
- ▲ U krijgt via een infuus medicatie om pijn ter hoogte van de wond te bestrijden. Het buisje dat via de neus tot in de maag leidt (nasogastrische sonde) mag worden verwijderd als u niet langer misselijk bent.
- ▲ 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.
- ▲ De meeste patiënten kunnen na een vijftal dagen opname naar huis.

07 TERUG THUIS

- ▲ We raden u ten zeerste aan om uw rug zo min mogelijk te belasten de eerste twee maanden na de operatie en zeker geen zware arbeid te verrichten. Ook tillen is af te raden.
- ▲ Autorijden kan, maar vermijdt u beter de eerste drie weken na de operatie.
- ▲ Het is belangrijk om voldoende te bewegen: rondlopen, stappen, fietsen op de hometrainer (liever niet op de openbare weg om vallen te vermijden).
- ▲ Na zes tot acht weken volgt een controleraadpleging op de polikliniek. Als de resultaten goed zijn en het herstel naar wens verloopt, mag u vanaf dan opnieuw meer werken. Indien nodig schakelen we een fysio- of kinesitherapeut in.
- ▲ Gemiddeld duurt het ziekteverlof al snel 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

