

Lumbale wervelkolom- chirurgie: hospitalisatie

informatie voor patiënten

INLEIDING	3
WAT IS EEN LUMBALE DISCUSHERNIA?	4
HOE VERLOOPT DE INGREEP?	7
VERLOOP VAN DE OPNAME	10
VOORSTELLING VAN HET TEAM	14
CONTACTGEGEVENS	16

U ondergaat binnenkort een heelkundige ingreep voor een lumbale discushernia. In deze brochure vindt u meer informatie over de aard van uw aandoening en de ingreep. Daarnaast stellen we ons team voor en geven we een kort overzicht van het verloop van de hospitalisatie.

Na de ingreep hebt u uiteraard geen ‘nieuwe rug’. Wel is dit een uitgelezen moment om opnieuw aandacht te schenken aan hoe u met uw rug omgaat (rughygiëne).

De belangrijkste aandachtspunten voor de eerste dagen en weken na de ingreep zijn verzameld in de brochure ‘Lumbale wervelkolomchirurgie: houdings- en bewegingsdiscipline’, die u krijgt bij uw opname. Vraag er gerust naar.

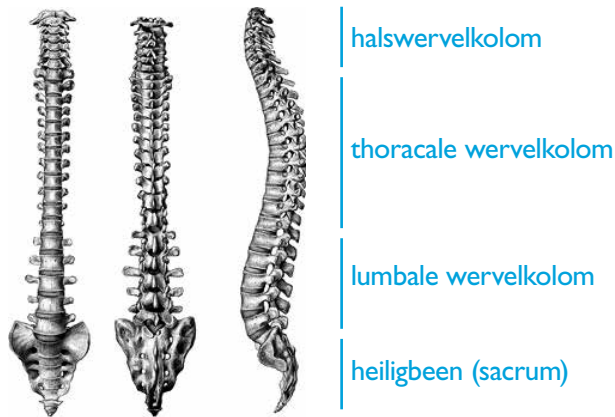
Het is mogelijk dat de arts enkele kinesitherapie sessies voorschrijft tijdens de opname en eventueel ook voor thuis.

Hebt u nog vragen na het lezen van de brochures, aarzel dan niet om een arts of verpleegkundige aan te spreken. Uit ervaring weten wij dat een goed geïnformeerde patiënt zich comfortabeler voelt, minder angstig is en daardoor ook vlotter herstelt.

Wij hopen dat onze brochures kunnen bijdragen tot een aangenaam verblijf en een optimaal eindresultaat.

WAT IS EEN LUMBALE DISCUSHERNIA?

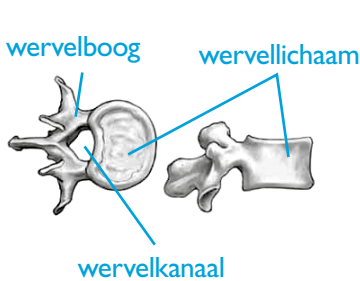
De wervelkolom is opgebouwd uit afzonderlijke wervels. Zo zijn er van boven naar onder zeven halswervels, twaalf thoracale wervels en vijf lendenwervels. De lendenwervelkolom of lumbale wervelkolom komt overeen met de lage rugstreek. Onder de onderste lendenwervel bevindt zich het heiligbeen, waarvan het staartbeen het laagste gedeelte is (zie figuur 1). Een lendenwervel is opgebouwd uit een wervellichaam en een wervelboog. Deze laatste heeft twee dwarsuitsteeksels, vier gewrichtsvlakken en één doornuitsteeksel.



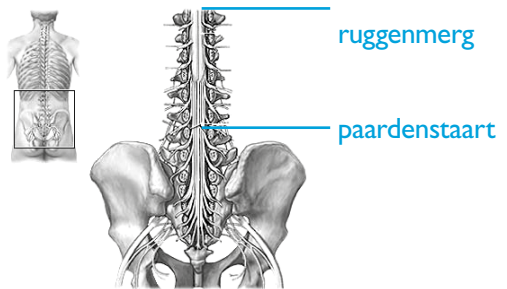
figuur 1. De wervelkolom: vooraanzicht, achteraanzicht en zij aanzicht

De wervelboog omsluit samen met het wervellichaam een cirkelvormige opening (zie figuur 2). Als alle wervels op elkaar gestapeld zijn, ontstaat hierdoor een kanaal, het wervelkanaal.

Op het niveau van de lage lumbale wervelkolom bevindt zich in dit kanaal de zogenaamde paardenstaart, bestaande uit zenuwwortels die vanuit het ruggenmerg naar omlaag lopen. Op elk wervelniveau treedt onder de wervelboog aan weerszijden één zenuwwortel naar buiten (zie figuur 3). Tussen de wervels bevinden zich tussenwervelschijven, die als schokdemper en gewricht dienen. De tussenwervelschijven bestaan uit een stevig omhulsel, de annulus fibrosus, en een zachte kern, de nucleus pulposus.



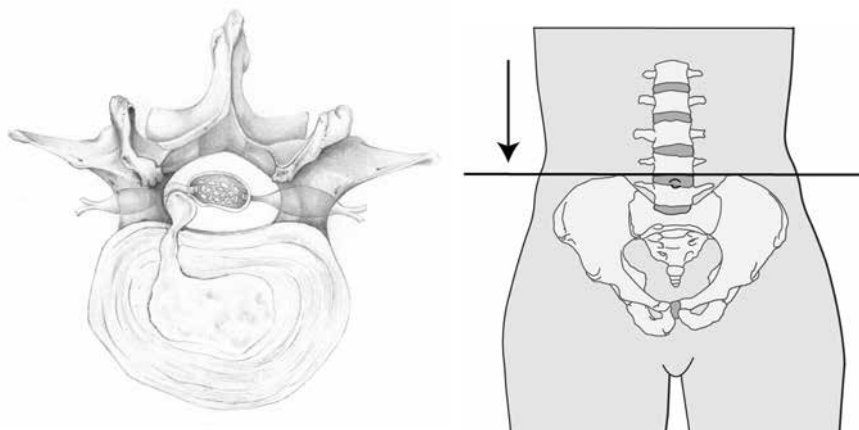
figuur 2. Lendenwervel in bovenaanzicht (links) en zijaanzicht (rechts)



figuur 3: Paardenstaart en uittredende zenuwen

Omdat het totale gewicht van de romp door de lage lendenwervels gedragen wordt, is de mechanische belasting op de betreffende tussenwervelschijven heel groot. Door de hefboomwerking nemen deze krachten bij het vooroverbuigen van het lichaam nog toe. Bijgevolg zijn de laagste lumbale tussenwervelschijven het meest onderhevig aan slijtage. Deze slijtage veroorzaakt vaak aan de achterzijde van de tussenwervelschijf een scheur in de annulus fibrosus. Hierdoor puilt het zachte materiaal van de nucleus pulposus naar buiten.

De uitpuilende nucleus pulposus noemen we een discushernia (zie figuur 4). Omdat een discushernia veel voorkomt waar een uittrekkende zenuwwortel voorbijkomt, veroorzaakt een discushernia in veel gevallen druk op de betreffende zenuwwortel (radiculaire compressie). Dit uit zich als een felle pijnuitstraling naar het been aan de zijde waar de discushernia optreedt. We spreken dan van ischias. Andere symptomen van zenuwwortelcompressie kunnen zijn: voosheid in een bepaalde zone van het been, krachtvermindering (bijvoorbeeld van de spieren die instaan voor het heffen van de voet) en in ernstige gevallen kunnen ook stoornissen van de continëntie optreden. Bij uitgesproken krachtvermindering en bij continëntiestoornissen is een dringende chirurgische behandeling vereist. Bij de meeste mensen veroorzaakt de discushernia enkel ischias.



figuur 4. Zenuwwortelcompressie door een lumbale discushernia

De symptomen van een discushernia zijn in veel gevallen tijdelijk. De natuur lost het probleem bij wijze van spreken zelf op. Het juiste mechanisme daarachter is niet goed gekend. Als men bij patiënten bij wie de ischias vanzelf verdwenen is een nieuwe scan uitvoert, ziet men soms dat de discushernia wat kleiner geworden is. Vaak is de discushernia echter nog identiek. Men vermoedt daarom dat de acute pijnfase ook gekenmerkt wordt door een ontstekingsproces, dat later kan uitdoven.

In elk geval zullen de artsen in eerste instantie een afwachtende houding aannemen en rust en pijnstilling voorschrijven. Als de pijn na meerdere weken niet spontaan verbetert, zal een heelkundige ingreep overwogen worden. In dit stadium bent u dus aanbeland.

HOE VERLOOPT DE INGREEP?

Het doel van de ingreep bestaat erin de discushernia te verwijderen, zodat de zenuwwortel opnieuw vrij komt te liggen. In UZ Leuven wordt dit microchirurgisch gedaan, volgens de zogenaamde ‘micro-dissectomie’-techniek.

De patiënt wordt volledig onder narcose gebracht en op de operatietafel geïnstalleerd. Vervolgens zal de chirurg met radioscopie het juiste tussenwervelschijfniveau opzoeken en een aanduiding maken op de huid van de rug. Daarna wordt de rug ontsmet en op steriele wijze afgedekt.



Op de middellijn tussen de boven- en de onderliggende wervelboog maakt de chirurg een insnijding tot bij het wervelkanaal. Onder vergroting met de operatiemicroscoop wordt de zenuwwortel geïdentificeerd en wat naar het midden getrokken. Zo komt de discushernia bloot te liggen. De hernia wordt verwijderd.

Bij een klassieke microdiscectomie zoals hierboven beschreven, is het niet nodig iets in de plaats van de nucleus pulposus in de tussenwervelschijf in te brengen. Er zijn immers voldoende stabiliserende elementen in de wervelkolom aanwezig.

Tot 90 procent van de patiënten ondervindt een heel goed resultaat van de microdissectomie. Dit wil zeggen dat de uitstralingspijn in het been na de ingreep verdwijnt. In veel gevallen is de ischias onmiddellijk na de ingreep verdwenen, in sommige gevallen gaat de pijn pas in de eerste dagen tot weken weg.

Een oorzaak voor een minder goed resultaat kan zijn dat de zenuwwortel blijvend beschadigd is door de langdurige of uitgesproken compressie. In hoeverre de spierkracht recupereert in geval van krachtvermindering hangt eveneens af van de mate en de duur van de vooraf bestaande zenuwwortelcompressie. Het verdwijnen van voosheid duurt meestal meerdere weken en soms verdwijnt dit symptoom niet helemaal. Omdat het verband tussen rugpijn en de discushernia niet absoluut is, is het effect van de ingreep op dit symptoom minder goed te voorspellen.

Complicaties treden bij een microdissectomie slechts zelden op. Een mogelijke complicatie kan een infectie van de wonde en dieper liggende weefsels zijn. Als de tussenwervelschijf besmet raakt, is een langdurige toediening van antibiotica nodig. Een dergelijke infectie gaat met veel rugpijn gepaard. Gelukkig treedt deze verwikkeling slechts heel zelden op. Een nabloeding in het operatiegebied, waarbij een dringende heringreep eventueel noodzakelijk is, is ook heel zeldzaam. De kans dat de zenuwwortel tijdens de chirurgische manipulaties beschadigd wordt, is met de gebruikte techniek heel klein.

Het opnieuw optreden van een discushernia op dezelfde plaats noemen we een recidief. Recidieven treden op in ongeveer vijf à tien procent van de gevallen. De kans op een recidief is wat groter bij zwaarlijvige patiënten. Een recidief kan een oorzaak zijn van het heroptreden van de pijnuitstraling in het been. Een heringreep, op dezelfde wijze, is dan eventueel aangewezen. Als recidieven blijven optreden, worden de beide wervels aan elkaar vastgezet (fusie-ingreep). Een minder frequente oorzaak van het heropflakkeren van de uitstralingspijn is de ontwikkeling van een overmatige hoeveelheid littekenweefsel rond de zenuwwortel. De heropflakking doet zich dan heel geleidelijk voor. In dergelijke gevallen is een chirurgische ingreep mogelijk, maar de kans op een gunstig resultaat is niet zo groot.

VERLOOP VAN DE OPNAME

DE DAG VOOR DE OPERATIE

Om de operatie en de daaropvolgende herstelperiode zo vlot mogelijk te laten verlopen, vragen wij u de adviezen voor een goede lichaamshygiëne te volgen (zie brochure 'Hygiëne voor een operatie', www.uzleuven.be/brochure/700304).

De dag voor de ingreep zal er een pijl op uw huid worden getekend om de operatieplaats aan te duiden. Let erop dat u die pijl niet mee afwast!

De verpleegkundige kan u de dag voor de ingreep vertellen op welk tijdstip de operatie precies zal plaatsvinden.



DE DAG VAN DE OPERATIE

Vlak voor de ingreep krijgt u een operatiehemd en wordt uw identificatiebandje nog eens extra gecontroleerd. U gaat best nog even naar het toilet.

Kostbare voorwerpen, zoals horloge en ring steekt u best in de kast, die u op slot doet. De sleutel kan u aan de verpleegkundige afgeven. Hebt u een kunstgebit, dan blijft dat in de badkamer. Nagellak en make-up worden ook verwijderd.

Na de operatie verblijft u nog enkele uren in de ontwaakkamer. Op het ogenblik dat uw toestand stabiel is en u goed wakker bent, komt u terug naar de kamer. De eerste uren blijft u nog even op uw rug liggen om wat druk uit te oefenen op de operatiewonde.

Ook na aankomst op uw kamer blijft u de eerste uren zoveel mogelijk op uw rug liggen om druk uit te oefenen op de operatiewonde. Bij bepaalde ingrepen mag het hoofdeinde van uw bed niet hoger dan 30° staan. Daarna mag u al regelmatig wisselen van houding om drukpunten te voorkomen. In bed beweegt u best ook zoveel mogelijk de benen om een goede bloedcirculatie te behouden. U vermijdt in elk geval het zijwaarts draaien van de rug indien u een bedpan gebruikt

in bed. U mag enkel uit bed om naar het toilet te gaan. Dit doet u altijd onder begeleiding van een verpleegkundige of kinesitherapeut.

De verpleegkundige zal regelmatig uw bloeddruk, pols en temperatuur opnemen en vragen naar een pijnscore. U geeft dan een getal van 0 tot 10, waarbij geen pijn 0 is en veel pijn gelijk is aan 10. Via een infuus krijgt u systematisch pijnmedicatie toegediend. Meld het aan de verpleegkundige als u ondertussen nog pijn zou ondervinden.

Ook het verband zal regelmatig geïnspecteerd worden. Het kan zijn dat u een wonddrainage (redon) hebt. Deze wordt goed geïnspecteerd en wordt meestal 1 à 2 dagen na de operatie verwijderd.

Vanaf drie uur na de ingreep mag u een klein slokje water drinken. Als dit goed gaat en u niet misselijk bent, mag u daarna een lichte maaltijd eten.

Om 20 uur krijgt u mogelijk een spuitje Clexane® in de buik.

NA DE OPERATIE

De eerste dag na de operatie wordt verwacht dat u uit uw bed komt. Indien nodig komt een kinesitherapeut langs om u hierbij te helpen. Het wisselen van houding is heel belangrijk om weefselstijfheid in de rug tegen te gaan. De periode dat u recht zit, wordt geleidelijk aan verlengd naar eigen aanvoelen. Uw infuus mag verwijderd worden als eten en drinken vlot verlopen. De pijnmedicatie kan dan via de mond worden ingenomen. De papegaaiastok aan het bed mag u niet gebruiken, om overbelasting van de rugspieren te vermijden. Ook de dagen na de operatie mag het hoofdeinde van uw bed niet hoger dan 30° staan.



Ook de dagen na de operatie krijgt u mogelijk om 20 uur een spuitje Clexane® in de buik.

De opnameduur wordt bepaald door uw behandelende arts. Dit kan variëren van één tot vier dagen, afhankelijk van uw herstel.

Voor u naar huis gaat, kan de kinesitherapeut u zo nodig verder advies komen geven. U krijgt een ontslagbrief en komt na een aantal weken terug op consultatie neurochirurgie. De arts geeft een richtdatum mee wanneer de hechtingen mogen verwijderd worden door de huisarts.

Begeleiding door een thuis kinesitherapeut kan, in overleg met de arts, opgestart worden na deze consultatie.

DAG VAN ONTSLAG

De dag van ontslag krijgt u een nieuw verband dat mag blijven zitten tot de hechtingen verwijderd worden door de huisarts. Dit gebeurt tussen de achtste en de tiende dag na de operatie. Douchen in het ziekenhuis kan pas vanaf dag vier na uw operatie met een polyurethaan verband. Na de douche wordt de wonde gereinigd met fysio-

logisch serum en krijgt u een nieuw verband. We raden u aan om thuis niet te douchen tot 48 uur na het verwijderen van de hechtingen. Indien het verband losgekomen is, wordt het vervangen door een nieuw polyurethaan verband, na reiniging met fysiologisch serum. Uiteraard mag er geen wrijving zijn ter hoogte van de wonde. Een bad nemen kan pas één week na het verwijderen van de hechtingen en wanneer alle korstjes verdwenen zijn.

Vergeet niet uw ontslagbrief en thuismedicatie mee te nemen.

We raden u aan niet te roken. Roken heeft namelijk een negatief effect op de wondheling. U kunt steeds vragen naar rookstopondersteuning aan uw behandelende arts.



VOORSTELLING VAN HET TEAM

Een multidisciplinair team (artsen, verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten ...) staat klaar om de ingreep en wat er mee samenhangt in goede banen te leiden.

De verpleegkundigen op eenheid 452 (bruine pijl, vijfde verdieping) of eenheid 451 (gele pijl, vijfde verdieping) staan in voor uw verzorging, voor de toediening van medicatie en voor de wondzorg. Zij zijn uw rechtstreeks aanspreekpunt bij problemen. Ze worden bijgestaan door een groep logistieke medewerkers voor de keuken en voor het onthaal.

Op de consultatie hebt u een staflid van de dienst neurochirurgie of een arts-specialist in opleiding (assistent) ontmoet. Zij zullen de ingreep uitvoeren en zullen regelmatig bij u langskomen. De artsen die verantwoordelijk zijn voor u op de afdeling waar u opgenomen bent, treden op als coördinator en zullen alle activiteiten in goede banen leiden.

De kinesitherapeuten bezoeken u op vraag van de chirurg. Ze geven u vooral advies over wat u wel en niet mag doen, hoe u verkeerde bewegingen kunt vermijden en welke de beste en meest comfortabele houdingen zijn.

MEDISCHE STAF

prof. dr. Johannes van Loon, diensthoofd
prof. dr. Joost Dejaegher
prof. dr. Bart Depreitere
prof. dr. Steven De Vleeschouwer
prof. dr. Philippe De Vloo
prof. dr. Bart Nuttin
prof. dr. Tom Theys
prof. dr. Frank Van Calenbergh

HOOFDVERPLEEGKUNDIGEN

Guy Aerts (E 451)
Liesbet Vleugels (E 452)

CONTACTGEGEVENS

E 452 / E 451 neurochirurgie
UZ Leuven campus Gasthuisberg
Herestraat 49
3000 Leuven

Tel. 016 34 45 20/016 34 45 10

www.uzleuven.be/neurochirurgie

© september 2020 UZ Leuven

Overname van deze tekst en illustraties is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.

Ontwerp en realisatie

Deze tekst werd opgesteld door de dienst neurochirurgie in samenwerking met de dienst communicatie.

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/700543.

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via communicatie@uzleuven.be.

Verantwoordelijke uitgever
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
tel. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 mynexuzhealth



Raadpleeg uw medisch dossier
via www.mynexuzhealth.be
of download de app

