

# Lumbale discushernia

informatie voor patiënten

INLEIDING	3
ANATOMIE VAN DE LUMBALE WERVELKOLOM	4
WAT IS EEN DISCUSHERNIA EN WANNEER IS EEN OPERATIE NODIG?	7
PLANNING VAN DE OPNAME	9
UW OPNAME OP DE AFDELING	10
VERLOOP VAN DE OPERATIE	12
NA DE OPERATIE	14
MOGELIJKE COMPLICATIES	15
WANNEER MOET U OPNIEUW CONTACT OPNEMEN ?	18
NUTTIGE CONTACTGEGEVENS	20

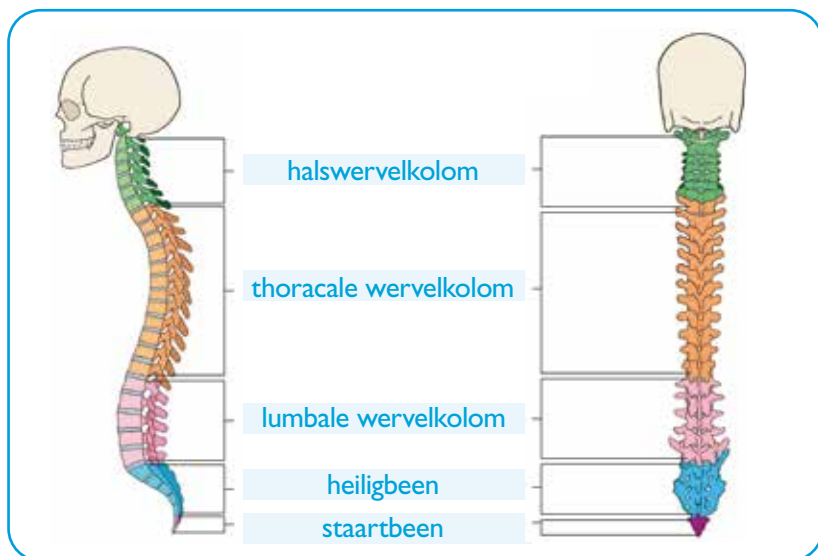
U ondergaat binnenkort een operatieve behandeling aan de lage rug, waarbij een lumbale discushernia zal worden verwijderd. In deze brochure vindt u meer informatie over de aard van de aandoening waarvoor die ingreep wordt uitgevoerd en de operatie zelf. Daarnaast geven we een overzicht van het verloop van uw opname en de aandachtspunten na uw ontslag. Tot slot geven we u graag enkele contactgegevens mee die nuttig kunnen zijn na uw ontslag uit het ziekenhuis.

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

Heeft u nog vragen na het lezen van de brochures, aarzel dan niet om uw behandelende arts, de zaalarts of een verpleegkundige aan te spreken. Als u goed geïnformeerd bent, zult u zich comfortabeler voelen, minder angstig zijn en daardoor ook vlotter herstellen.

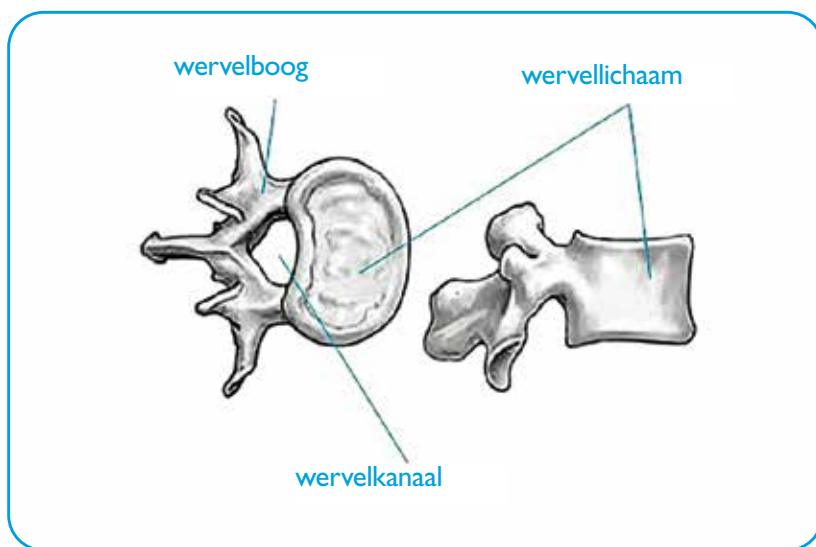
## ANATOMIE VAN DE LUMBALE WERVELKOLOM

De wervelkolom is opgebouwd uit afzonderlijke wervels. Zo zijn er van boven naar onder zeven cervicale of halswervels, twaalf thoracale of borstwervels en vijf lumbale of lendenwervels. Onder de lumbale wervels bevindt zich het heiligbeen, met daaronder het staartbeen (zie figuur hieronder). De lumbale wervelkolom is een andere benaming voor de lage rug.



De wervelkolom in zij- en achteraanzicht

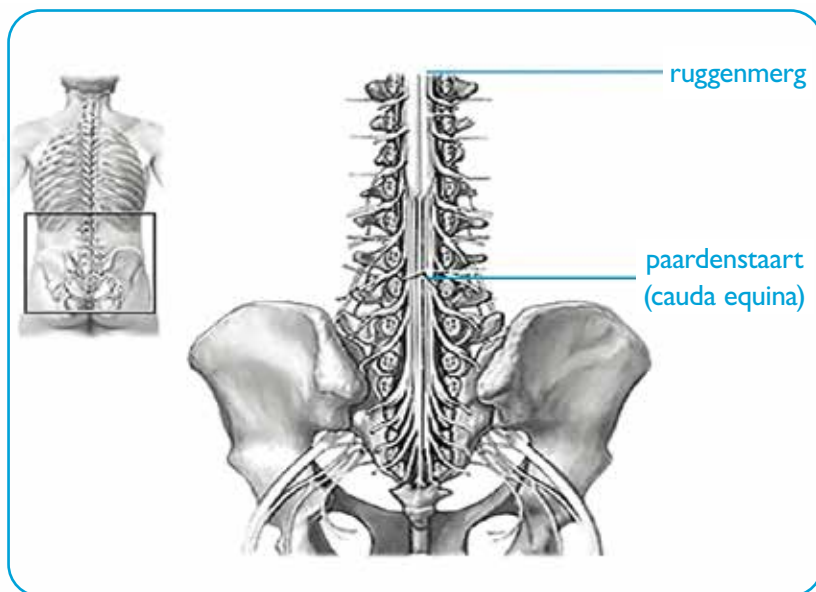
Een **lendenwervel of lumbale wervel** is opgebouwd uit een wervellichaam en een wervelboog. De wervelboog bestaat uit twee dwarsuitsteeksels, vier gewrichtsoppervlakken die contact maken met de aanliggende wervels en een doornuitsteeksel. Het doornuitsteeksel is achteraan voelbaar doorheen de huid. De wervelboog omsluit samen met het wervellichaam een cirkelvormige opening (zie figuur hieronder). Als alle wervels op elkaar gestapeld zijn, ontstaat zo een kanaal: het **wervelkanaal**.



Lumbale wervel in bovenaanzicht (links) en zijaanzicht (rechts)

Op het niveau van de lage lumbale wervelkolom bevindt zich in het wervelkanaal de zogenaamde **paardenstaart** (cauda equina), die bestaat uit zenuwwortels die vanuit het ruggenmerg naar omlaag lopen.

Op elk wervelniveau treedt onder de wervelboog aan weerszijden één zenuwwortel naar buiten (zie figuur hieronder). Tussen de wervels bevinden zich **tussenwervelschijven**, die dienstdoen als schokdemper en gewricht. De tussenwervelschijven bestaan uit een stevig omhulsel van vezelig kraakbeen (annulus fibrosus) en een zachte, geleïachtige kern (nucleus pulposus).



Paardenstaart en uittredende zenuwen

## WAT IS EEN DISCUSHERNIA EN WANNEER IS EEN OPERATIE NODIG?

Omdat de mens rechtop loopt, komt het totale gewicht van de romp terecht op de onderste lumbale wervels en de overgang van de lumbale wervelkolom naar het heiligbeen. De mechanische belasting op de tussenwervelschijven in de lage rug is dan ook heel groot. Bijgevolg zijn de onderste lumbale tussenwervelschijven het meest onderhevig aan slijtage. Anders gezegd: bij iedereen treedt in dat deel van de rug op een bepaald moment een zekere vorm van degeneratie of achteruitgang op. Die slijtage, die een normaal leeftijdsgebonden proces is, veroorzaakt soms aan de achterzijde van de tussenwervelschijf een scheur in het kraakbeenomhulsel (annulus fibrosus). Daardoor puilt het zachte materiaal van de kern (nucleus pulposus) naar buiten. Die uitpuilende zachte kern noemen we een discushernia.

Omdat een discushernia zich vaak voordoet waar een uittredende zenuwwortel voorbijkomt, veroorzaakt die in sommige gevallen druk op de betreffende zenuwwortel. Dat fenomeen noemen we zenuwwortel- of radiculaire compressie, waardoor uitstralende zenuwpijn (ischias) kan optreden. Dat is een felle pijnuitstraling vanuit de rug naar het been aan de zijde waar de discushernia optreedt. Vaak gaat dat gepaard met rugpijn en is er sprake van lumbo-ischialgie.

### Andere mogelijke symptomen van zenuwwortelcompressie:

- X een verdoofd gevoel of voosheid in een bepaalde zone van het been
- X krachtvermindering (bv. van de spieren die instaan voor het heffen van de voet)
- X plas- of stoelgangproblemen in ernstige gevallen

Uitgesproken krachtvermindering en het optreden van plas- of stoelgangproblemen zijn alarmsymptomen, waarbij meestal zal overgegaan worden tot een snelle operatieve behandeling. Die symptomen komen gelukkig slechts voor bij een kleine minderheid van de patiënten.

Indien er geen alarmsymptomen zijn en het dus voornamelijk om een pijnprobleem gaat, zullen de symptomen vaak vanzelf verdwijnen na enkele weken. De natuur lost het probleem bij wijze van spreken zelf op. Het mechanisme daarachter is nog niet volledig bekend. Bij patiënten van wie de ischias vanzelf verdwenen is, toont een nieuwe scan soms dat de discushernia wat kleiner geworden is. Vaak is de discushernia echter hetzelfde gebleven. Daarom vermoedt men dat de acute pijnfase ook gekenmerkt wordt door een ontstekingsproces, dat later kan uitdoven. In elk geval zullen de artsen in eerste instantie een niet-chirurgische oplossing voorstellen. Voorbeelden daarvan zijn het (tijdelijk) aanpassen van de dagelijkse activiteiten, pijnstillende medicatie of eventueel kinesitherapie. Als de pijn te erg is, kan eventueel overgegaan worden tot een epidurale infiltratie, waarbij een verdoving en cortisone in de buurt van de zenuwwortel worden geïnjecteerd. Verbeterd de pijn na meerdere weken niet, dan zal een heilkundige ingreep overwogen worden.

Uit studies blijkt dat op langere termijn (één of twee jaar na het ontstaan van de klachten) patiënten met een discushernia die niet geopereerd werden, dezelfde mate van pijnvermindering ervaren als patiënten die wel geopereerd werden. Een deel van de patiënten wordt echter in eerste instantie niet-chirurgisch behandeld, maar laat uiteindelijk toch een operatie uitvoeren omwille van te langdurige invaliderende pijnklachten of intolerantie voor medicatie. Uiteindelijk neemt u in overleg met uw chirurg de finale beslissing over een chirurgische ingreep.



## PLANNING VAN DE OPNAME

Als er beslist is om de lumbale discushernia operatief te behandelen, zal u doorverwezen worden naar de raadpleging anesthesie voor een **preoperatieve controle**. Als voorbereiding op die raadpleging vult u een vragenlijst in. Die gaat onder meer over mogelijke allergieën en andere aandoeningen, uw leefgewoonten en eerdere operaties. Het is nuttig een overzicht mee te nemen van de medicatie die u gebruikt en ook recente bloed-, hart- of longonderzoeken mee te nemen zodat de anesthesist die kan inkijken. Ten slotte kunt u ook uw bloedgroepkaart meebrengen, als u die heeft. Om de opname zo vlot mogelijk te laten verlopen, is het van belang dat u vooraf op de raadpleging anesthesie bent geweest.

Tijdens de raadpleging zal de arts de vragenlijst met u overlopen. Verder wordt uw gezondheidstoestand gecontroleerd en zal het type verdoving en pijnbestrijding met u besproken worden, inclusief eventuele risico's. De arts zal ook afspraken met u maken over de medicatie die u voor de ingreep wel en niet meer mag innemen.

Zo nodig worden extra onderzoeken uitgevoerd. Als die niet onmiddellijk kunnen plaatsvinden, maakt u tijdens de raadpleging een nieuwe afspraak.

Wanneer de anesthesist zijn goedkeuring geeft, kan de opnamedatum bevestigd worden. Dat gebeurt meestal per brief.

## UW OPNAME OP DE AFDELING

Doorgaans zal u de namiddag voor de ingreep of de ochtend van de ingreep zelf opgenomen worden.

De opslagruimte op de afdeling is eerder beperkt. Daarom vragen we u om alleen noodzakelijke spullen mee te brengen naar het ziekenhuis. Waardevolle voorwerpen laat u beter thuis.

### De volgende zaken brengt u het best mee:

- ✓ Alle medicatie die u momenteel gebruikt in de originele verpakking. U zult die medicatie ter bewaring afgeven aan de verpleegkundigen.
- ✓ Kledij waarin u makkelijk en vrij kunt bewegen tijdens de oefeningen op de afdeling en waarin u naar huis kan gaan.
- ✓ Slaapkledij en kamerjas
- ✓ Stevige, gesloten pantoffels of sportschoenen
- ✓ Toiletbenodigdheden, handdoeken en washandjes
- ✓ Scheerapparaat
- ✓ Boeken en/of tijdschriften
- ✓ Wisselgeld (bv. om een tijdschrift te kopen)
- ✓ Gsm-oplader
- ✓ Verzekeringsattest

## Vorbereiding op de operatie:

- ✓ De haren op uw rug worden geschoren door de verpleegkundige van de afdeling of in het operatiekwartier. Uw huid moet zo glad mogelijk zijn om ze grondig te kunnen ontsmetten voor de operatie, dus scheer die lichaamszones zeker niet zelf.
- ✓ U neemt voor de operatie een douche met een gewone reinigingszeep. De verpleegkundige kan u daarbij helpen.
- ✓ Tot twee uur voor de operatie mag u het volgende drinken:
  - Water
  - Fruitsap zonder vruchtvlees
  - Koolhydraatdranken
  - Koolzuurhoudende dranken
  - Thee of zwarte koffie
- ✓ Vanaf zes uur voor de operatie mag u geen vast voedsel meer eten of andere dranken dan hierboven vermeld drinken. Vraag aan de verpleegkundige of afdelingsarts wanneer de ingreep normaal gezien start om uitstel te vermijden.

## Vlak voor de operatie:

- ✓ Verwijder juwelen en piercings, bril, contactlenzen, make-up, kunstgebit, gehoorapparaten en eventuele pruik en berg alles veilig op in de kast op uw kamer. Geef de sleutel daarvan aan de verpleegkundige.
- ✓ U krijgt een operatiehemdje.
- ✓ De verpleegkundige controleert of u een identificatiebandje rond uw pols heeft.
- ✓ De verpleegkundige zegt u welke medicatie u nog mag innemen voor de operatie (met een klein slokje water).
- ✓ U wordt naar de operatiezaal gebracht.

## VERLOOP VAN DE OPERATIE

Het **doel** van de ingreep bestaat erin de discushernia te verwijderen, zodat de zenuwwortel opnieuw vrij komt te liggen.

Nadat u naar de operatiekamer bent gebracht, zal de anesthesist u onder volledige narcose brengen.

U krijgt steeds preventieve antibiotica bij een operatie voor een discushernia.

Als u onder narcose bent, wordt u omgedraaid en geïnstalleerd op de kniebank. Zo steunt u tijdens de operatie zowel op uw ribbenkast als op uw knieën en kan de chirurg aan de lage rug opereren. Vervolgens zal de chirurg met behulp van 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 insnede in de huid om toegang te krijgen tot het wervelkanaal. Onder optische vergroting wordt het wervelkanaal over een klein stukje geopend, waarna de chirurg de zenuwwortel kan identificeren en een beetje naar het midden kan trekken. Zo komt de discushernia bloot te liggen. De hernia wordt dan met fijne tangetjes verwijderd. Bij een klassieke microdissectomie zoals hierboven beschreven, is het niet nodig om iets in de plaats van de verwijderde tussenwervelschijf in te brengen. In de wervelkolom zijn voldoende stabiliserende elementen aanwezig.

Wanneer alle stukken hernia verwijderd zijn en de zenuwwortel volledig vrij ligt, zal de wonde in verschillende lagen worden gehecht. Soms wordt er een wonddrain ingebracht. Dat is een fijn slangetje



dat aangesloten wordt op een redonpot, die dan het overtollig bloed of wondvocht uit de operatieregio kan opvangen nadat de huid gesloten is.

Na de operatie zal de anesthesist u terug wakker maken en gaat u naar de ontwaakzaal (PAZA of postanesthesie-zorgafdeling).

Tot 90 procent van de patiënten ondervindt een heel goed resultaat van de microdiscectomie. Dat 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 loop van de eerste dagen of weken weg.

## NA DE OPERATIE

Na de operatie gaat u enkele uren ter observatie naar de ontwaakzaal (PAZA of postanesthesie-zorgafdeling). Nadien wordt u terug naar de afdeling gebracht.

Pijnbestrijding is zeer belangrijk voor uw herstel. Daarom vragen we u om tijdens uw opname aan te geven wanneer u pijn heeft of wanneer pijnklachten blijven aanhouden ondanks de toegediende pijnstillers. Een correcte pijnbestrijding verkleint het risico op complicaties en laat uw herstel vlotter verlopen.

In de meeste gevallen mag u meteen na de operatie al rechtop zitten en mag u ook snel beginnen rondwandelen. De eerste keer gebeurt dat steeds onder begeleiding van een verpleegkundige of kinesitherapeut, die u daarbij instructies zal geven omtrent het optimaal bewegen tijdens de eerste weken na uw operatie.

Indien er een wonddrain werd geplaatst, zal deze een of twee dagen na de operatie verwijderd worden op advies van de chirurg.

Meestal wordt na de operatie eenmaal per dag een spuitje Clexane® 40 mg toegediend. Die medicatie biedt bescherming tegen thrombose, ofwel het optreden van bloedklonters in het been.

Bij een ongecompliceerde ingreep zal u het ziekenhuis doorgaans al op de eerste of tweede dag na de operatie kunnen verlaten. Dat kan uiteraard variëren in functie van uw herstel na de ingreep. Gewoonlijk verbetert de pijn in het been vrij snel na de ingreep. Het effect van een operatie op rugpijn is daarentegen moeilijk te voorspellen. Rugpijn kan verminderen na de operatie, maar kan ook onveranderd blijven of in zeldzame gevallen toenemen.

## Bij ontslag uit het ziekenhuis geeft de zaalarts u steeds het volgende mee:

- ✦ Een brief voor de huisarts met een kort, voorlopig verslag van de ingreep en uw verblijf in het ziekenhuis
- ✦ Een brief voor uzelf met eventuele medicatie die u zal moeten innemen (bv. pijnstillende medicatie). Als u nog andere medicatie moet nemen, geven wij u een kleine hoeveelheid mee. Zo hoeft u op de dag van uw ontslag niet naar de apotheek te gaan. Indien nodig geven wij u een voorschrift voor de apotheek mee.
- ✦ Een brief waarop u de controleraadpleging bij uw behandelende chirurg terugvindt. Die controle vindt meestal vier à zes weken na uw ontslag plaats. Aansluitend op die controle kan een raadpleging bij de arts van de dienst fysieke geneeskunde en revalidatie worden voorzien, om het aangewezen revalidatietraject na de operatie mee te bepalen. Afhankelijk van een aantal variabelen wordt na de ingreep voor een periode van vier tot zes weken arbeidsongeschiktheid voorgeschreven.
- ✦ De brochure 'Lumbale wervelkolomchirurgie: houdings- en bewegingsdiscipline'

## MOGELIJKE COMPLICATIES

Een discushernia wordt dikwijls operatief behandeld en de operatie verloopt in de meeste gevallen dan ook zonder complicaties. Hier geven we een overzicht van de belangrijkste ongemakken en complicaties die zich toch zouden kunnen voordoen. Een volledig overzicht van alle mogelijke (zeldzame) complicaties valt echter buiten het doel van deze brochure.

### ZENUWBESCHADIGING

Omdat de operatie wordt uitgevoerd in de wervelkolom ter hoogte van de zenuwen, vrezen patiënten soms dat ze verlamd zouden kunnen worden. Het risico op een beschadiging van de zenuwwortel is echter zeer klein (< 1 procent). Als dat toch gebeurt, is het gevolg dat een welbepaalde spier minder krachtig is.

### INFECTIE

Een infectie in het operatiegebied, vooral in de geopereerde tussenwervelschijf, is eveneens zeldzaam (< 1 procent). Indien toch een infectie optreedt, moet er langdurig antibiotica worden gegeven. Een heroperatie is zelden nodig. Ter preventie wordt bij elke ingreep aan de discushernia eenmalig antibiotica gegeven.

### NABLOEDING

Een nabloeding in het operatiegebied, waarvoor een dringende heroperatie nodig is, is zeer zeldzaam.



## SCHEURTJE IN DE VLIEZEN

In sommige gevallen ontstaat een scheurtje in de vliezen rondom de paardenstaart (cauda equina) of de zenuwwortel, waardoor hersenvocht vanuit de rug in het operatiegebied kan lekken. Dat lek wordt meteen afgedicht tijdens de operatie. Om te voorkomen dat er na de operatie nog lekkage optreedt, zal uw chirurg u meestal vragen om minstens 24 uur te blijven liggen. Het risico op zo'n scheurtje in de vliezen is kleiner dan 5 procent bij een eerste discusherniaoperatie. Door littekenvorming en verkleving is dat risico groter bij een tweede of derde ingreep aan een discushernia op hetzelfde wervelniveau. Zelden ontstaat er de dagen na de operatie toch een lekkage van hersenvocht doorheen de wonde en is een nieuwe operatie nodig om het lek opnieuw af te dichten.

## RECIDIEF HERNIA

Zelfs wanneer de hernia volledig verwijderd wordt, bestaat het risico dat de hernia op dezelfde plaats terugkomt. Dan spreken we van een recidief hernia. Dat komt voor bij ongeveer 5 tot 10 procent van de patiënten. Zo'n recidief hernia kan al enkele weken na de operatie optreden, maar bij sommige patiënten gebeurt dat pas vele jaren na de operatie. In het geval van een recidief hernia gelden dezelfde behandelprincipes als bij een eerste hernia. Dat wil zeggen dat bij alarmsymptomen of bij blijvende hinderlijke pijn een nieuwe operatie kan overwogen worden. Als er meerdere recidieven optreden, wordt in bepaalde gevallen een uitgebreidere operatie uitgevoerd waarbij de volledige tussenwervelschijf wordt verwijderd en de betrokken wervels aan elkaar worden vastgezet. Dan is er sprake van een lumbale fusie-ingreep.

## WANNEER MOET U OPNIEUW CONTACT OPNEMEN?

Zoals eerder vermeld in deze brochure, zijn ernstige complicaties zeldzaam.

**In volgende gevallen dient u echter opnieuw contact op te nemen met de chirurg:**

- ✓ Nieuwe of toenemende neurologische uitvalsverschijnselen zoals
  - krachtvermindering in de benen
  - gevoelsvermindering of abnormaal gevoel in de benen of rond de schaamstreek
  - problemen met stappen, een instabiel gevoel
  - plas- of stoelgangproblemen
- ✓ Toenemende pijnklachten in de rug of in het been
- ✓ Een wondprobleem (bv. vochtverlies, bloedverlies, zwelling, roodheid, openvallen van de wondranden)
- ✓ Koorts tijdens de eerste drie weken na de operatie

Uiteraard kan u ook steeds opnieuw contact opnemen met de verpleegafdeling wanneer u zich om een andere reden ongerust zou maken.

Ook 's nachts en in het weekend staat er een wachtdienst paraat waarbij u terecht kan met wervelkolomproblemen. Daarnaast kan u voor acute problemen opgevangen worden op onze spoedgevallen-dienst. U contacteert best steeds op voorhand uw huisarts, die u dan indien nodig kan doorverwijzen.

## NUTTIGE CONTACTGEGEVENS

Arts van wacht voor wervelkolomproblemen (via de telefooncentrale)	tel. 016 33 22 11
Spoedgevallen UZ Leuven campus Gasthuisberg	tel. 016 34 39 00
Dienst neurochirurgie	tel. 016 34 45 20
Dienst orthopedie	tel. 016 33 81 10
Secretariaat neurochirurgie	tel. 016 34 42 90
Secretariaat orthopedie	tel. 016 33 88 27







© december 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 diensten neurochirurgie en orthopedie in samenwerking met de dienst communicatie.

U vindt deze brochure ook op [www.uzleuven.be/brochure/701113](http://www.uzleuven.be/brochure/701113).

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via [communicatie@uzleuven.be](mailto:communicatie@uzleuven.be).

Verantwoordelijke uitgever  
UZ Leuven  
Herestraat 49  
3000 Leuven  
tel. 016 33 22 11  
[www.uzleuven.be](http://www.uzleuven.be)

 mynexuzhealth



Raadpleeg uw medisch dossier  
via [www.mynexuzhealth.be](http://www.mynexuzhealth.be)  
of download de app

