



Lumbale decompressieve ingreep: behandeling van een kanaalstenose

informatie voor patiënten

INLEIDING	3
ANATOMIE VAN DE LUMBALE WERVELKOLOM	4
WAT IS EEN LUMBALE KANAALSTENOSE EN WANNEER IS EEN OPERATIE NODIG?	7
PLANNING VAN DE OPNAME	10
UW OPNAME OP DE AFDELING	11
VERLOOP VAN DE OPERATIE	13
NA DE OPERATIE	15
MOGELIJKE COMPLICATIES	17
WANNEER MOET U OPNIEUW CONTACT OPNEMEN?	19
NUTTIGE CONTACTGEGEVENS	20

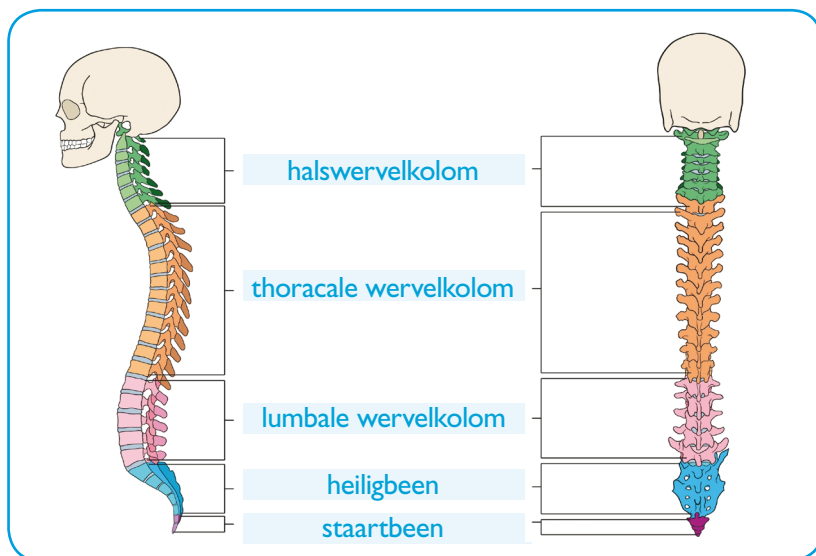
U ondergaat binnenkort een operatieve behandeling aan de lage rug, waarbij een decompressie van het wervelkanaal zal uitgevoerd worden. In deze brochure vindt u meer informatie over de aard van de aandoening, het doel van de ingreep en de operatie zelf. Daarnaast geven we een overzicht van het verloop van de 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 verzameld 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.

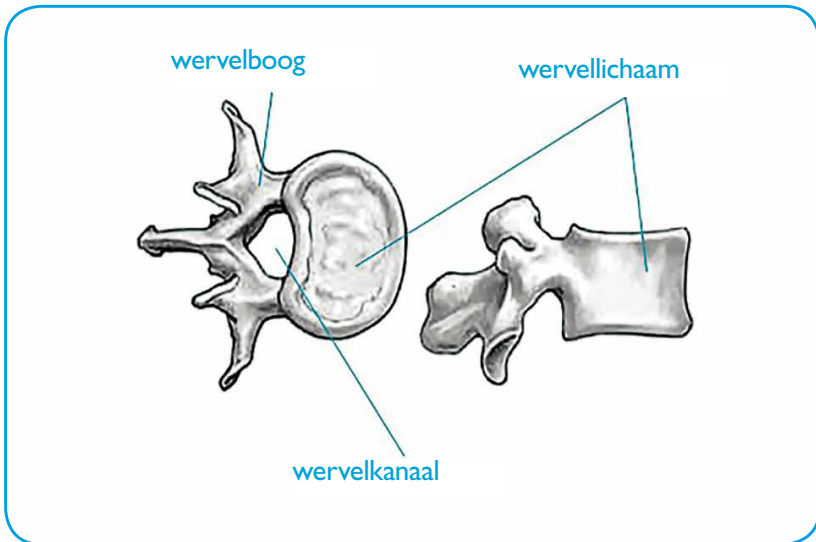
ANATOMIE VAN DE LUMBALE WERVELKOLOM

De wervelkolom is, zoals de naam het zelf zegt, 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

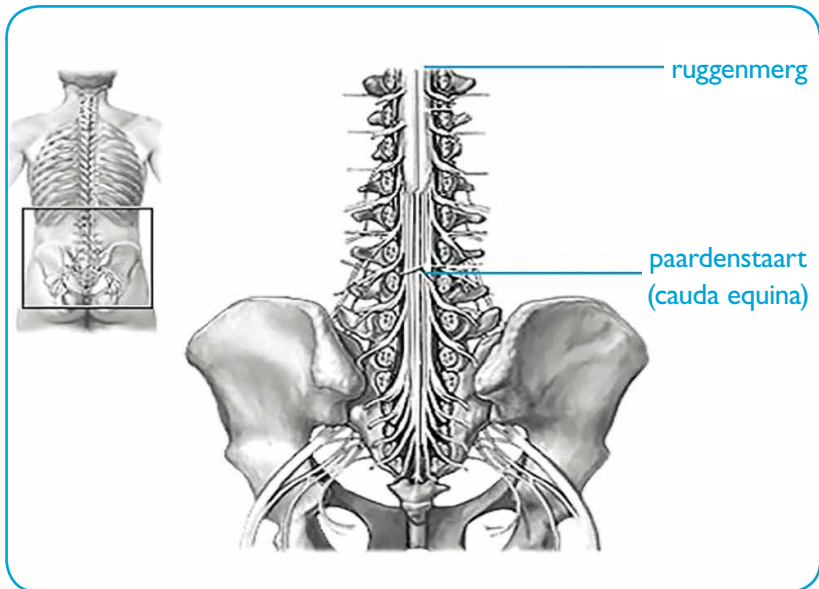
Een **lendenwervel of lumbale wervel** is opgebouwd uit een wervellichaam en een wervelboog. De wervelboog bestaat uit twee **dwarsuitsteeksels**, vier gewrichtsoppervlakken die contact maken met de aanliggende wervels, de lamina die de achterzijde van het wervelkanaal beschermt en een doornuitsteeksel dat achteraan voelbaar is 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 zij aanzicht (rechts)

Op het niveau van de lage lumbale wervelkolom bevindt zich in dit kanaal 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). Tussen de wervelbogen bevinden zich verschillende bindweefselstructuren die mee bijdragen tot de stabiliteit van de wervelkolom: het gele ligament (ligamentum flavum) tussen de laminae en ligamenten tussen de doornuitsteeksels.

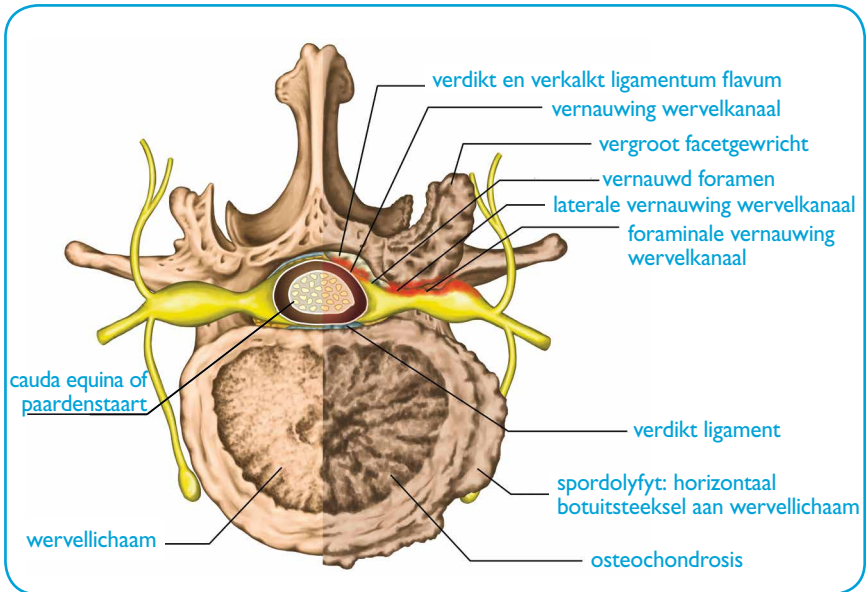


Paardenstaart en uittredende zenuwen

WAT IS EEN LUMBALE KANAALSTENOSE 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 op de overgang van de lumbale wervelkolom naar het heiligbeen. De mechanische belasting op de wervels en tussenwervelschijven in de lage rug is dan ook heel groot. Daardoor zijn die structuren het meest onderhevig aan slijtage of degeneratie. 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, leidt soms tot verdikking van de ligamentaire structuren zoals het gele ligament en tot verdikking van de gewrichten tussen de wervels. Bovendien kan ook de tussenwervelschijf verslijten waardoor die begint uit te puilen in het wervelkanaal, met eventueel een hernia tot gevolg.

Het nettogevolg van dat slijtageproces is een vernauwing van het wervelkanaal. Dat noemen we een **stenose** van het wervelkanaal. Die stenose kan beperkt zijn tot één niveau in de rug of één zijde, maar kan ook meerdere niveaus omvatten en zowel links als rechts aanwezig zijn. Een kanaalstenose in de rug komt het vaakst voor tussen de derde en vierde lumbale wervel (L3-L4) of tussen de vierde en vijfde lumbale wervel (L4-L5). Het gevolg van een stenose is dat de zenuwen van de zogenaamde paardenstaart (cauda equina) die door dit wervelkanaal lopen, minder plaats hebben. In een meer gevorderd stadium worden die zenuwen helemaal samengedrukt.



Illustratieve doorsnede van een lumbale wervel met het wervelkanaal, de paardenstaart (cauda equina) en een uittredende zenuwwortel aan beide zijden. Aan de linkerzijde wordt een normaal wervelkanaal getoond, aan de rechterzijde een vernauwd of stenotisch wervelkanaal.

De klachten die ontstaan bij een lumbale kanaalstenose worden omschreven als ‘neurogene claudicatio’. Dat betekent dat er uitstralende pijn vanuit de rug in één of beide benen optreedt, soms zelfs tot in de tenen. In het typische geval ontstaat die pijn na enkele tientallen of honderden meters wandelen, of bij lang rechtstaan. In zittende of liggende positie verbetert de pijn vaak snel. Ook fietsen of meer voorovergebogen stappen is vaak minder pijnlijk. Als gevolg daarvan ervaren patiënten vaak een afname van de wandelafstand, wat functioneel erg hinderlijk is in het dagelijkse leven. In ernstige geval-

len kan er ook krachtverlies optreden en soms zijn er zelfs plas- of stoelgangproblemen. Dat is echter zeldzaam bij een zuivere kanaalstenose en treedt vaker op bij acute discushernia's.

Indien de klachten beperkt zijn, wordt een niet-chirurgische behandeling voorgesteld. Die bestaat dan uit pijnstillende medicatie en kinesiotherapie. Als de pijn te hevig is, kan eventueel overgegaan worden tot een epidurale infiltratie. Daarbij worden een verdoving en cortisone in de buurt van de zenuwwortel geïnjecteerd. Als de klachten blijven of hinderlijk zijn in het dagelijkse leven, kan er een operatieve behandeling overwogen worden. Zo'n operatie heeft als doel om het wervelkanaal te verbreden waardoor de zenuwwortels van de paardenstaart (cauda equina) opnieuw voldoende plaats krijgen.

Indien de wervelkolom instabiel is of indien er wervels ten opzichte van elkaar verschoven zijn, kan soms naast een decompressie ook een stabilisatie of fixatie van twee of meerdere wervels nodig zijn. Dan is er sprake van een lumbale fusie-ingreep. In uw geval bleek zo'n ingreep niet nodig of aangewezen, en zal er enkel een verbreding van het wervelkanaal uitgevoerd worden.

PLANNING VAN DE OPNAME

Als er beslist is om de kanaalstenose 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. U mag 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 op de operatiekamer. 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 het wervelkanaal te verbreden en de stenose op die manier weg te nemen. Daardoor komt er opnieuw voldoende plaats vrij voor de zenuwwortels in het wervelkanaal. In UZ Leuven wordt deze ingreep onder optische vergroting uitgevoerd.

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 lumbale kanaalstenose.

Als u onder narcose bent, wordt u omgedraaid en geïnstalleerd op de kniebank. Zo steunt u tijdens de operatie op uw ribbenkast en 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. Op die manier krijgt uw chirurg zicht op de vernauwing van het wervelkanaal. Hij of zij zal vervolgens het verdikte gele ligament en een gedeelte van het verdikte gewricht tussen de wervels wegnemen. Dat is de zogenaamde decompressie, die wordt uitgevoerd met een fijn boortje en fijne tangetjes. Nadien komen de zenuwwortels in beeld. De chirurg zal de decompressie uitbreiden tot de zenuwwortels op het geopereerde niveau voldoende vrij liggen. Als er ook een hernia aanwezig is, zal de chirurg die inspecteren en zo nodig ook wegnemen.

Afhankelijk van de grootte van het probleem zal ook de andere zijde van de wervelkolom geopend worden of zal een decompressie op meerdere niveaus uitgevoerd worden.

Als de decompressie vervolledigd is, zal de wonde in meerdere lagen gehecht worden. 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).



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. Dat gebeurt de eerste keer 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 Clexane® 40 mg gegeven. 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.

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. Vóór die raadpleging gaat u in sommige gevallen langs bij de raadpleging medische beeldvorming om uw genezingsproces te controleren. 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 fysische 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 lumbale kanaalstenose 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 een eventueel geopereerde tussenwervelschijf, is eveneens zeldzaam (< 1 procent). Indien toch een infectie optreedt, moet er langdurig antibiotica worden gegeven. Ter preventie wordt bij elke rugoperatie voor een kanaalstenose 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 zogenaamde paardenstaart (cauda equina) of de zenuwwortel, waardoor hersenvocht vanuit de rug in het operatiegebied kan lekken. Dat lek wordt meteen afgedicht bij 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 operatie. Door littekenvorming en verkleving is dat risico groter bij een tweede of derde ingreep op eenzelfde wervelniveau. Zelden ontstaat er na de operatie toch een lekkage van hersenvocht doorheen de wonde en is een heroperatie nodig om het lek opnieuw af te dichten.

De kans op het verbeteren of het verdwijnen van de uitstralingspijn bij het stappen is bij dit soort operaties zeer groot. Het effect van een operatie op rugpijn is daarentegen minder goed te voorspellen. Rugpijn kan verminderen na de operatie, maar kan ook onveranderd blijven of in zeldzame gevallen toenemen.

WANNEER MOET U OPNIEUW CONTACT OPNEMEN?

Zoals u hiervoor kon lezen, zijn ernstige complicaties zeldzaam.

In volgende gevallen dient u echter opnieuw contact op te nemen met onze dienst:

- ✓ 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
- ✓ 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 spoedgevallendienst.

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

© oktober 2019 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/701114.

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

