



Lumbale discushernia – daghospitalisatie

informatie voor patiënten

INLEIDING	3
WAT IS EEN LUMBALE DISCUSHERNIA?	4
HOE VERLOOPT DE INGREEP?	6
VERLOOP VAN DE OPNAME EN ZORGEN NADIEN	9
TERUG NAAR HUIS	13
VOORSTELLING VAN HET TEAM	16

U ondergaat binnenkort een heilkundige ingreep voor een lumbale discushernia in het chirurgisch dagcentrum. In deze brochure vindt u informatie over de aard van uw aandoening en over de ingreep. De brochure wil u bovendien wegwijs maken in het verloop van de dag van de ingreep, uitleg geven over de zorgen nadien en het team voorstellen.

Hebt u na het lezen van deze folder nog vragen, aarzel dan niet ons te contacteren. U kunt het secretariaat neurochirurgie bellen op het nummer 016 34 42 90.

Wij hopen dat de brochure kan bijdragen tot een optimaal eindresultaat en wensen u alvast een spoedig herstel.



halswervelkolom

thoracale wervelkolom

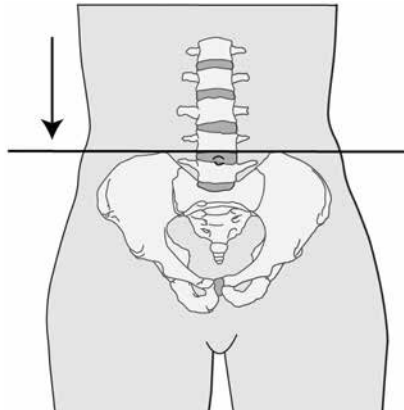
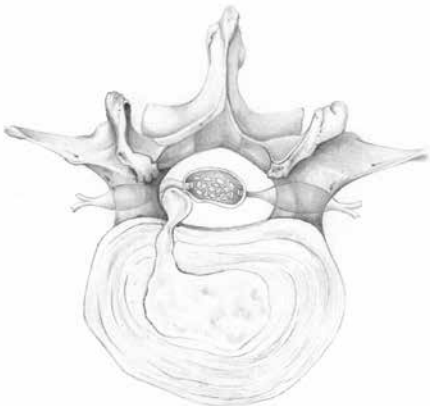
lumbale wervelkolom

heiligbeen

De wervelkolom, vooraanzicht, achteraanzicht en zijaanzicht.

WAT IS EEN LUMBALE DISCUSHERNIA?

Tussen de wervels van de rug 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. Omdat het totale gewicht van de romp door de lage lendenwervels gedragen wordt, is de mechanische belasting op de betreffende tussenwervelschijven zeer groot. Door de hefboomwerking nemen deze krachten bij het vooroverbuigen van het lichaam nog toe. Bijgevolg zijn de onderste lumbale tussenwervelschijven het meest onderhevig aan slijtage. Deze slijtage veroorzaakt aan de achterzijde van de tussenwervelschijf soms 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.



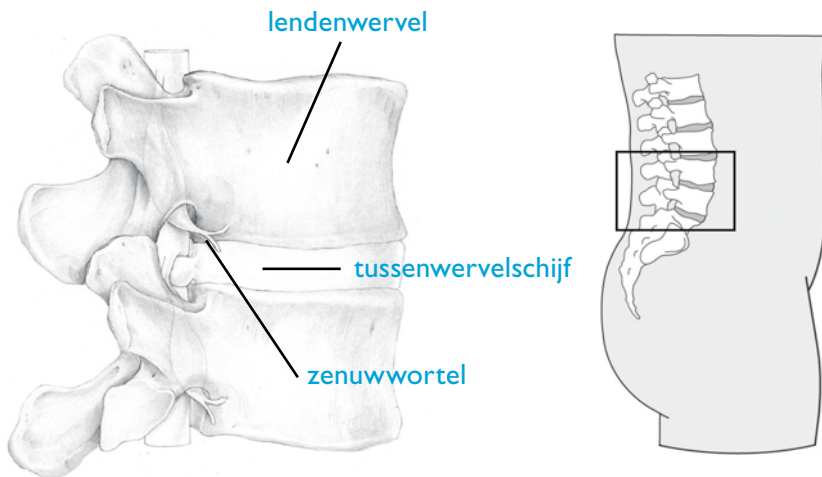
Zenuwwortelcompressie door een lumbale discushernia

Omdat een discushernia veel voorkomt waar een uittredende zenuwwortel voorbijkomt, veroorzaakt een discushernia in veel gevallen druk op de betreffende zenuwwortel. Dat 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

- voosheid in een bepaalde zone van het been
- krachtvermindering
- in ernstige gevallen bij grote discushernia's kan men ook moeite krijgen om te plassen of stoelgang te maken

Bij uitgesproken krachtvermindering en bij moeilijkheden met plassen of stoelgang is een dringende chirurgische behandeling vereist. Bij de meeste mensen uit de discushernia zich gelukkig enkel onder de vorm van ischias.



De symptomen van een discushernia zijn in veel gevallen tijdelijk. De natuur lost het probleem bij wijze van spreken zelf op. Daarom zullen de artsen meestal eerst een afwachtende houding aannemen en rust en pijnstilling voorschrijven.

Als de pijn na enkele weken niet verbetert, wordt een heelkundige ingreep overwogen.

In dat 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 'microdissectomie'-techniek. U wordt volledig onder narcose gebracht en op de operatietafel geïnstalleerd in geknielde en voorovergebogen houding. Deze houding zorgt ervoor dat de rug bol staat.

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. In veel gevallen zal de chirurg vervolgens de nucleus pulposus van de tussenwervelschijf zo veel mogelijk verwijderen. Hij doet dit om de kans op het heroptreden van een discushernia op dezelfde plaats te verkleinen.



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 microdiscectomie. 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 uitgespro-

ken 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 discuss hernia 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 zeer zelden op. Een nabloeding in het operatiegebied, met eventuele noodzaak tot een dringende heringreep, 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 discuss hernia op dezelfde plaats noemen we een recidief. Recidieven komen voor in ongeveer 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 zeer 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 EN ZORGEN NADIEN

Vorbereiding op de ingreep

De chirurg verwijst u naar de consultatie anesthesie. De anesthesist stelt u een reeks vragen en plant eventueel een aantal bijkomende onderzoeken, zodat de ingreep in de beste omstandigheden kan plaatsvinden. De anesthesist zal ook met u afspreken welke geneesmiddelen u nog moet nemen voor de ingreep. Hou u strikt aan deze richtlijnen. Als u medicatie neemt die de bloedstolling regelt, moet u dit zeker melden aan uw chirurg én aan de anesthesist.

Breng uw huisarts op de hoogte van de geplande ingreep. Neem de avond voor of de ochtend van de ingreep een bad of douche. Verwijder alle make-up, nagellak, haarspelden, juwelen en eventuele piercings.

Het uur van opname wordt u door de administratie van het chirurgisch dagcentrum meegedeeld. Kom goed op tijd en hou rekening met de verkeersdrukke. Kom nuchter naar het ziekenhuis. Dit betekent dat u vanaf middernacht niets meer mag eten of drinken. Tanden poetsen mag. Roken is verboden vanaf 24 uur voor de ingreep.

Als u de dag voor de ingreep ziek bent of koorts hebt, bel dan het ziekenhuis op het nummer 016 33 22 11 en vraag naar de neurochirurg met wachtdienst.

Wat brengt u mee naar het ziekenhuis?

- X Elektronische identiteitskaart
- X Opnamebrief van het ziekenhuis, als u die ontvangen hebt
- X Patiëntenkaartje van het ziekenhuis
- X Bloedgroepkaart, als u die hebt
- X Alle medicatie die u normaal thuis neemt
- X Comfortabele kleding
- X Kamerjas en pantoffels
- X Reserveondergoed

Wat u best niet meebrengt:

- X Juwelen of waardevolle voorwerpen
- X Geld

Het is absoluut noodzakelijk dat u door een volwassene persoon begeleid wordt wanneer u het ziekenhuis verlaat. U mag dan geen wagen besturen of gebruikmaken van het openbaar vervoer.

Opname

U kunt zich laten afzetten aan de ingang van het chirurgisch dagcentrum, waarna uw begeleider de wagen op de bezoekersparking kan parkeren. Meld u aan bij de balie. Na de inschrijving wordt u door een verpleegkundige opgevangen en klaargemaakt voor de ingreep. U zult zich moeten uitkleden en een operatiehemd aantrekken. Alleen uw slip, kamerjas en pantoffels mag u aanhouden. Tandprothese

en bril worden verwijderd. U kunt een pilletje krijgen om te kalmeren als u zenuwachtig bent. U gaat best nog even naar het toilet voor de ingreep.

U wordt dan door de verpleegkundige naar het operatiekwartier gebracht. De anesthesist verwacht u daar voor een kort gesprek. Er zal een infuus geplaatst worden en er worden drie elektrodes op de borstkas gekleefd om tijdens de ingreep uw hartfunctie op de monitor te volgen. Zodra de verdoving werkt, wordt u op de buik gedraaid en zal de chirurg met de ingreep starten.

Na de ingreep

Na de ingreep wordt u naar de ontwaakruimte gebracht. De verpleegkundige zal enkele functies controleren, zoals bloeddruk, pols en temperatuur. Uw hart wordt door een monitor gevolgd. Hier is geen bezoek toegelaten. De verpleegkundige zal ook regelmatig controleren of u pijn hebt en of u last hebt van misselijkheid of braken. Zo nodig krijgt u daar geneesmiddelen voor. Zodra u goed wakker bent, de pijn onder controle is en u niet misselijk bent, zal u naar een ander gedeelte van het chirurgisch dagcentrum gebracht worden. Hier mag uw familielid of begeleider bij u komen.





Enkele uren na de ingreep mag u drinken en een lichte maaltijd nemen. Voelt u zich goed genoeg, dan mag u opkomen. De eerste keer vraagt u best hulp van een verpleegkundige. Hierna mag u zich omkleden. U kunt nog wat bijkomen van de ingreep op de kamer.

TERUG NAAR HUIS

U mag het ziekenhuis verlaten als de anesthesist en de chirurg hiervoor hun toestemming geven. Dit krijgt u mee naar huis:

- ✓ twee brieven voor de huisarts: een van de chirurg en een van de anesthesist. Deze laatste brief bevat een schema voor pijnstillers.
- ✓ een voorschrift voor pijnstillers
- ✓ een afspraak op de consultatie van de chirurg
- ✓ ziekteattesten indien nodig. Geef alle attesten die moeten ingevuld worden vóór de ingreep af aan de verpleegkundige.
- ✓ een dagboek waarop u symptomen na de ingreep kunt noteren.

Het is mogelijk dat de chirurg of anesthesist beslissen dat u toch in het ziekenhuis moet blijven. Dit kan gebeuren wanneer tijdens de ingreep een scheurtje in het vlies rond de zenuwwortel optreedt. Het gevolg hiervan kan een lekkage van hersenvocht door de wonde zijn. De chirurg zal daarom beslissen u wat langer te observeren. Men zal u ook in het ziekenhuis houden als u te veel pijn hebt of te veel braakneigingen vertoont.

U mag het ziekenhuis alleen verlaten in gezelschap van een volwassen begeleider. Thuis moet u tot 24 uur na de ingreep in gezelschap blijven van een volwassene.

Door de anesthesie mag u in de eerste 24 uur na de ingreep geen voertuig besturen, alleen het openbaar vervoer of een taxi nemen,

machines besturen of bedienen, belangrijke beslissingen nemen, alcohol drinken of kalmeermiddelen nemen.

Thuis

De dag na de ingreep wordt u gebeld door een van de verpleegkundigen. Eventuele problemen kunt u dan melden.

U laat de wonde drie dagen na de ingreep zien aan uw huisarts. Dan kunt u ook de brieven van het ziekenhuis aan de huisarts afgeven. Uw huisarts mag de hechtingen na acht dagen verwijderen. Draag er zorg voor dat de wonde niet nat wordt. Als de wonde pijnlijk is, rood of gezwollen, raadpleegt u best uw huisarts. Doe dat ook als er vochtverlies uit de wonde komt.

U mag na de ingreep vrij bewegen: staan, stappen, zitten en liggen. Het wordt aanbevolen om heel regelmatig van houding te wisselen. Langdurig zitten is uit den boze. In het begin kunt u best om het kwartier even de benen strekken. De rug belasten, bijvoorbeeld door in een voorovergebogen houding te staan of door fysieke arbeid te verrichten, wordt in de eerste twee weken ontraden. Ook fietsen of met de wagen rijden vermijdt u best in de eerste twee weken.

Na ongeveer twee weken moet u weer op consultatie komen. Tot dan bent u zeker werkongeschikt. Uw arts zal u advies geven over het verder verloop en werkhervatting. Breng het dagboek mee naar de consultatie.

Soms verdwijnt de pijn in het been niet onmiddellijk, dat is geen reden tot paniek. We verwijzen naar het pijnschema op het gele formulier. De eerste drie dagen neemt u best preventief systematisch pijnstillers in. Het schema hieronder is daarbij een handig hulpmiddel. U hoeft uw nachtrust niet te onderbreken om een pijnstiller te nemen. Als de pijn goed onder controle is, kunt u na een ongeveer drie dagen de pijnstillers afbouwen. Als u de pijn helemaal niet onder controle krijgt, kunt u best een arts raadplegen.

	8	10	12	14	16	18	20	22	24
Dafalgan 1 gram	✓			✓			✓		
Brufen 600 mg		✓			✓			✓	
Tradonal ODIS 50 mg	Als de pijn doorbreekt, maximaal 4x per dag								
Als u veel nood hebt aan Tradonal ODIS, kunt u 2x per dag Tradonal retard 50 mg bijnemen.	✓						✓		

Alarmsymptomen

Bij hevige pijn in de beide benen, verlies van kracht (verlamming) in de voeten, gevoelsstoornissen rond de anus, penis of vagina of moeilijkheden om te plassen en stoelgang te maken, neemt u zo snel mogelijk contact met ons op of komt u onmiddellijk naar de spoed-gevallendienst.

VOORSTELLING VAN HET TEAM

Een hele groep van professionele gezondheidswerkers staat klaar om de ingreep en wat er mee samenhangt in goede banen te leiden.

De verpleegkundigen van het chirurgisch dagcentrum staan in voor uw verzorging en de toediening van medicatie op de dag van de ingreep. Zij zijn uw rechtstreeks aanspreekpunt bij problemen. Zij worden bijgestaan door een groep logistieke medewerkers.

Op de consultatie hebt u een stafid van de dienst neurochirurgie of een geneesheer-specialist in opleiding (assistent) ontmoet. Zij zullen de ingreep uitvoeren en u na de ingreep bezoeken.

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

HOOFDVERPLEEGKUNDIGE chirurgisch dagcentrum

Martine Roelants

Uw chirurg kunt u bereiken via het secretariaat neurochirurgie tel. 016 34 42 90

Bel tijdens avond, nacht en weekend het nummer 016 33 22 11 en vraag naar de neurochirurg met wachtdienst.

De dag na de ingreep wordt u door een van de verpleegkundigen telefonisch gecontacteerd. U kunt dan eventuele problemen melden. U kunt ook altijd uw huisarts contacteren.

© 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.

Illustraties op pagina 6 en 7: Greet Mommen.

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/700046.

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

