

# Operatie aan een hernia in de onderrug Micro-tube discetomie (MTD)

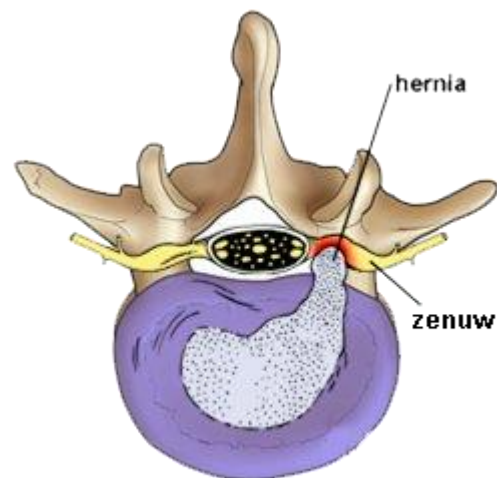
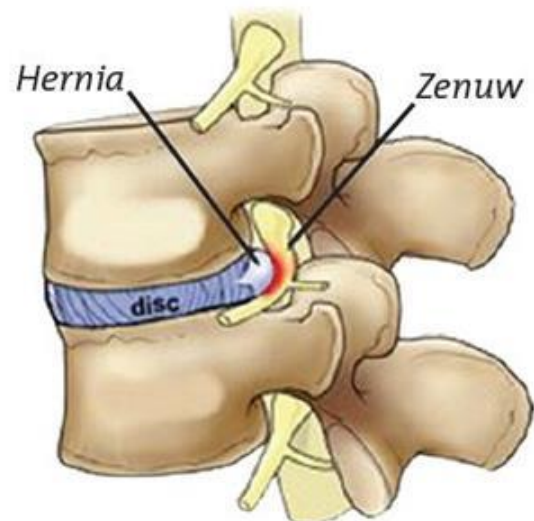
## Inleiding

U wordt binnenkort voor een hernia operatie aan de rug opgenomen. Opname in een ziekenhuis roept ongetwijfeld veel vragen op. In deze folder vindt u informatie over de gang van zaken rond de opname en uw operatie. Uw behandelend arts heeft enkele zaken al met u besproken. In deze folder kunt u de informatie nog eens rustig nalezen.

## Een hernia

De lage rug of het onderste gedeelte van de wervelkolom bestaat meestal uit vijf lendenwervels en het heiligbeen. De punt van het heiligbeen wordt de stuit of de staartwervel genoemd. Tussen de lendenwervels onderling en ook tussen de onderste lendenwervel en het heiligbeen bevinden zich tussenwervelschijven. Een ander woord voor tussenwervelschijf is discus. De discus bestaat uit een stevig (bindweefsel) omhulsel met daarin een zachte elastische kern. Als het omhulsel verzwakt of zelfs scheurt, kan de inhoud van de tussenwervelschijf uitpuilen. Deze uitpuiling heet HNP (hernia nucleii pulposi) of kortweg een hernia. Een hernia kan op één of meerdere zenuwen drukken en klachten veroorzaken. De meeste herniapatiënten voelen een uitstralende pijn, die meestal via de bil langs de achterzijde van het been trekt, soms zelfs tot in de tenen. Vaak is er ook

sprake van rugpijn, maar lang niet altijd. Bij een sterke afklemming van de zenuw, bijvoorbeeld door een zeer grote hernia, kunnen uitvalsverschijnselen ontstaan, zoals gevoelsstoornissen, verlamningsverschijnselen in het been of problemen met urineren of met de ontlasting. De uitstralende pijn in het been kan ook door andere rug afwijkingen veroorzaakt worden. Zo kan slijtage van de lendenwervels 'hernia-achtige' klachten veroorzaken. In deze situatie is het zenuw wortelkanaal zodanig vernauwd dat de zenuw bekneld kan raken. Uw behandelend arts kan u vertellen wat in uw geval, de oorzaak van uw klachten zijn.



### Het stellen van de diagnose

Om aan te tonen dat de klachten en/of verschijnselen van de patiënt inderdaad veroorzaakt worden door een uitstulping van een tussenwervelschijf, moet verder onderzoek worden verricht. Er zijn vier soorten onderzoek die daarvoor in aanmerking komen:

1. Röntgenfoto van de nek-, borst- of lendenwervel. Met deze foto kan de diagnose niet worden gesteld, maar vaak is dit toch het eerste onderzoek dat wordt gedaan. Deze foto geeft informatie over de botstructuren waaruit de wervelkolom is opgebouwd. Hiermee is het mogelijk om botafwijkingen, stand afwijkingen, abnormale beweeglijkheid van de wervelkolom op het spoor te komen of tekenen van slijtage van de gewrichten of tussenwervelschijven vast te stellen. Bovendien zullen de meeste neurochirurgen bij de planning van en ook ter oriëntatie tijdens een operatie gebruik maken van deze 'gewone' Röntgenfoto.
2. MRI (Magneet scan). Dit onderzoek is tegenwoordig het onderzoek van eerste keus. In de meeste gevallen zal het mogelijk zijn om hiermee de diagnose hernia te stellen. Niet overal is een MRI apparaat beschikbaar, zodat in die gevallen vaak zal worden gekozen voor de CT-scan. Soms is het nodig om preciezer te worden geïnformeerd over de botstructuren van wervelkolom. In dergelijke gevallen kan de informatie die de MRI levert onvoldoende zijn.
3. CT scan (Computer Tomogram), bij voorkeur (eventueel) in combinatie met een contrast onderzoek (de contrastvloeistof wordt zoals bij caudografie ingebracht via een ruggenprik). Vooral de botstructuren van de

wervelkolom kunnen met de CT-scan goed worden afgebeeld, wat informatie geeft die van belang is bij de keuze van het soort operatie dat nodig is. De CT-scan kan dus tevens aanvullende informatie verstrekken bij een patiënt die eerder een MRI-onderzoek heeft ondergaan.

Er zijn twee soorten operatie-indicaties:

1. *Absolute operatie-indicatie*. Hiermee wordt bedoeld dat er ernstige of snel optredende uitvalsverschijnselen zijn door druk van de hernia op een zenuw, een groep zenuwen of op het ruggenmerg. Bijvoorbeeld bij ernstige verlamningsverschijnselen van spiergroepen van de armen, benen of bij verlies van controle over de urineblaas, dit laatste ten gevolge van beknelling van de cauda.
2. *Relatieve operatie-indicatie*. Dat is het geval als de patiënt zo veel last heeft van pijn, dat hij/zij hierdoor niet meer goed kan functioneren. Het (subjectieve) klachtenpatroon geeft dan de doorslag, omdat het de patiënt zelf is die aangeeft 'dat het zo niet verder kan'. In de meerderheid van de gevallen dat wordt overgegaan tot operatie van een hernia gaat het om patiënten die kampen met aanhoudende en/of onverdraaglijke pijn.

### De operatie

Bij een micro-invasieve methode wordt gebruik gemaakt van metalen buisjes. De operatie wordt uitgevoerd onder algehele narcose. De neurochirurg maakt een snede in de rug. Hierin brengt hij een dunne naald. Over deze naald worden steeds dikkere buisjes geschoven. Zo ontstaat de juiste opening. Door de ontstane opening kan de neurochirurg, met instrumentarium, een goede lichtbron en loepbril, kan de uitstulping (de hernia) en een deel van de discus weggenomen. Eventueel kunnen ook enkele botrichels worden verwijderd om meer ruimte vrij te

maken rondom de zenuwwortel dit heeft geen gevolgen voor de stabiliteit van de rug. De wond wordt onderhuids gehecht met een oplosbare hecht draad en afgeplakt met hechtstripjes. De operatie duurt in het algemeen 45 minuten.



### **Mogelijke complicaties**

Complicaties zijn niet gewenste gebeurtenissen die na iedere operatieve ingreep kunnen optreden. Bij een hernia operatie is de kans op complicaties minder dan 5%. Bij een goede algemene gezondheidstoestand is dat risico kleiner en bij een minder goede gezondheidstoestand groter dan 5%. Mogelijke complicaties na een herniaoperatie zijn onder andere:

- Verstopping van een bloedvat (trombose), met name in het been en soms in de longen.
- Infectie van de wond. In zeldzame gevallen kan dit leiden tot abcesvorming.
- Lekkage van hersenvocht met een kans op hersenvliesontsteking.
- Nabloeding in het operatiegebied.
- Zenuwuitval met potentiële gevoelsstoornissen en/of krachtsverlies
- Ontsteking van een tussenwervelschijf.
- Blaas- en darmfunctiestoornissen.
- Terugkeer van de hernia.

### **Onderzoek**

Bij de behandelend neurochirurg of neuroloog heeft u al een aantal onderzoeken ondergaan. Om de oorzaak

van uw klachten vast te stellen heeft u een MRI scan ondergaan.

### **Anesthesie**

Voordat u wordt opgenomen in het ziekenhuis heeft u een gesprek met een anesthesioloog. Tijdens dit gesprek wordt gekeken of er nog aanvullend onderzoek nodig is voor de operatie (bijvoorbeeld bloedprikken of een hartfilmpje). Ook bespreekt de anesthesioloog met u op welke manier u wordt verdoofd tijdens de operatie en met welke medicijnen u eventueel (tijdelijk) dient te stoppen.

Neem voor deze afspraak altijd uw actuele medicatieoverzicht mee. Dit overzicht is verkrijgbaar bij uw eigen apotheek.

### **Bloedverduunners**

Mogelijk gebruikt u bloedverdünnende medicatie zoals ascal/acetylsalicylzuur, plavis, sintrom, aspirine, marcoumar, acenocoumarol, noac (dabigatran, rivaroxaban, xarelto). Het is belangrijk dat u daar minstens een week voor de operatie mee stopt in overleg met de neurochirurg / anesthesist. Stop nooit op eigen initiatief met het innemen van medicijnen.

### **Dag van de operatie**

Op het afgesproken tijdstip verwachten wij u nuchter op de verpleegafdeling. De verpleegkundige zal u wegwijs maken en informeren over de verdere gang van zaken

**Medicijnen:** Neemt u uw eigen medicatie mee van uit huis en indien u een eigen bloedsuikerapparaat heeft deze ook gaarne meenemen.

**Kleding/schoeisel:** Het is belangrijk om makkelijk zittende kleding mee te nemen voor na de operatie en schoenen die u makkelijk aan kunt krijgen.

**Make-up en sieraden:** Om medische en hygiënische redenen vragen wij u om op de dag van de ingreep geen make-up en nagellak te gebruiken. Ook mag u tijdens de operatie geen sieraden, piercings en haarspelden dragen. Neem geen waardevolle spullen mee tijdens uw opname, deze kunt u het best thuis laten.

**Roken:** Het is niet toegestaan om op de dag van de operatie te roken. Roken rondom de operatie vergroot de risico op complicaties, waardoor wij dit ten strengste afraden. Wij zijn een rookvrij ziekenhuis.

Een paar uur voor de operatie krijgt u een rustgevende tablet. Wij adviseren u voordat u uw medicijnen krijgt nog even naar de toilet te gaan, zodat u na inname rustig kunt blijven liggen. Daarna rijdt een verpleegkundige u met bed naar de recovery. Daar wordt u ontvangen door de recovery verpleegkundige. Deze doet de voorbereiding voor de operatie, vervolgens zal de recovery verpleegkundige de overdracht doen naar de anesthesiemedewerker en deze brengt u naar de operatiekamer.

### Na de operatie

Vanuit de operatiekamer wordt u naar de uitslaapkamer gebracht. Hier wordt regelmatig uw pols en bloeddruk gecontroleerd. De anesthesist beoordeelt of u weer naar de afdeling teruggebracht mag worden. Ook op de afdeling wordt regelmatig uw temperatuur, pols en bloeddruk gecontroleerd. Na de operatie heeft u een. De verpleegkundige biedt u iets te drinken aan. Als overdag het drinken geen problemen oplevert, mag u, afhankelijk van het tijdstip van de ingreep 's avonds weer eten. Als gevolg van de narcose kan het eten tijdelijk anders smaken dan normaal. Wij adviseren niet vet of sterk gekruid te eten, omdat dit alsnog tot misselijkheid kan leiden. Omdat uw lichaam zich moet herstellen van de narcose, is het niet toegestaan om op de operatiedag te roken. Na de operatie ligt u in bed. De verpleegkundigen zullen u helpen totdat u zichzelf kunt omdraaien. De eerste dagen na de operatie zijn voor sommige patiënten moeilijk en pijnlijk, een krampgevoel in beide benen komt vaak voor. Ook kunt u nog uitstralende pijn in het been hebben. U krijgt daarvoor pijnstillende medicijnen. Deze pijn, kramp of stijfheid verdwijnt in de regel

na enkele weken. U gaat doorgaans dezelfde dag weer met ontslag.

### Naar huis

Over het algemeen kunt u dezelfde dag weer naar huis. Er is, medisch gezien, geen bezwaar tegen vervoer naar huis met de auto. U mag echter niet zelf rijden.

Wanneer de wond gehecht is, zullen de hechtingen 7 á 10 dagen na de operatie verwijderd worden bij de huisarts. Als er oplosbare hechtingen zijn gebruikt, hoeven deze niet verwijderd te worden. Bij ontslag krijgt u een afspraak voor een poliklinische controle na zes weken. Bij deze controle wordt bekeken of fysiotherapie nodig is.

### Wat krijgt u mee?

Voor u naar huis gaat, krijgt u bij de informatiebalie

- Een afspraak voor zes weken na de operatie
- Eventueel een recept voor medicatie.
- Voorlopige ontslagrapportage.

### Weer Thuis

U zult zich bij alles wat u doet af moeten vragen: "Hoe doe ik dit zonder mijn rug te veel te belasten?" Dit vereist op zich geen andere manier van leven, maar wel om meer rekening te houden met de omgeving.

In het kort komen de adviezen op het volgende neer:

**Tillen:** Het is raadzaam om de eerste zes weken ten hoogste zes kilo te tillen. Hierbij moet u het gewicht over rechts en links verdelen. Zo dicht mogelijk tegen het lichaam aandragen is aan te bevelen.

**Bukken:** In plaats van bukken zult u zich aan moeten leren om 'door de knieën' te gaan. Wanneer u daar eenmaal aan gewend bent zult u merken dat dit een snelle en prettige methode is.

**Staan:** Wissel regelmatig van houding, wanneer u wat langer moet blijven staan. Vermijd werkzaamheden waarbij u voorovergebogen staat.

**Zitten:** Zorg voor voldoende steun, als u twijfelt vraag dan advies aan een deskundige.

Een aparte stoel aanschaffen is niet nodig. Blijf echter, de eerste twee

weken, niet langer dan 10 minuten achterelkaar zitten.

**Liggen:** Met liggen ontspant u de rug. Het is daarom zeker de eerste tijd ten zeerste aan te raden om te rusten. Ook hier geldt; een apart bed is niet nodig.

**Autorijden:** Voor een goed herstel van de rugspieren is het raadzaam om de eerste 3 à 4 weken geen auto te rijden. Als er bij u sprake is van een verlamming, mag u alleen zelf autorijden na uitdrukkelijke toestemming van uw specialist.

**Fietsen:** is drie weken na de operatie toegestaan. Maak zoveel mogelijk gebruik van geasfalteerde paden en begin met korte stukjes. Gebruik u een 'gewone' fiets, dus geen racefiets of mountainbike. Fiets u nog even niet tegen de wind in.

**Sport:** Contactsporten gaan vaak gepaard met plotselinge en onverwachte bewegingen. Vermijd die in ieder geval de eerste zes maanden. Loopsporten leveren minder problemen op door de regelmatige, symmetrische bewegingen waarmee deze gepaard gaan. Vraag aan de arts bij de eerste controle wanneer u hiermee kunt beginnen.

**Zwemmen:** Dit is na drie weken weer toegestaan. Wissel borst- en rugslag regelmatig af. Bijvoorbeeld twee baantjes borst- en twee baantjes rugslag. Duiken is niet toegestaan.

**Huishouden:** Let hierbij op uw houding. Vermijd bezigheden waarbij u voorover komt te staan. Vermijd in alle gevallen situaties waarbij u een plotselinge beweging zou moeten maken.

**Vrijen:** Wanneer seks niet leidt tot verergering van de rugklachten is hiertegen geen bezwaar.

### Een recidief hernia

In het algemeen is 80-90% van de patiënten na een herniaoperatie tevreden met het uiteindelijke resultaat. Recidiefklachten kunnen berusten op het ontstaan van een nieuwe hernia ter plaatse van een hogere of lager gelegen tussenwervelschijf. Een echt recidief (dat

is het opnieuw optreden van een hernia op dezelfde plaats) treedt bij ongeveer 5% van de geopereerde patiënten op en heeft te maken met het feit dat het technisch gezien niet mogelijk is om al het tussenwervelschijf materiaal te verwijderen. Een recidief hernia kan echter ook met goed resultaat worden geopereerd. Technisch gezien is een recidief operatie wat moeilijker, omdat er vaak littekenweefsel is van de vorige ingreep, waardoor de zenuwwortel verkleefd kan zijn. Daardoor is het risico dat er zenuwbeschadiging of lekkage van hersenvocht optreedt iets hoger. Vaak is het herstel na een recidief operatie trager.

Omdat het slijtageproces zich meestal over meerdere tussenwervelschijven verdeelt kan er na een hernia operatie altijd een hernia van een andere tussenwervelschijf optreden. Dat is niet goed te voorkomen. Ook een dergelijke nieuwe hernia kan met succes worden geopereerd en het is niet waar dat een tweede of derde operatie de rug steeds slechter maakt.

### Wanneer contact opnemen

U dient contact op te nemen als:

- De wond open gaat;
- Pus uit de wond komt;
- De wond steeds dikker wordt;
- U onhoudbare pijn in rug of been krijgt
- U minder kracht krijgt in een of beide benen;
- U niet meer kunt plassen of ongewild urine/ontlasting verliest;
- U koorts krijgt; (boven 38,5 °C)
- Helder gekleurd vocht lekt net als water.

Indien er complicaties optreden wanneer u weer thuis bent, kunt u contact opnemen met het volgende nummer: 085 0600855, er zal dan indien nodig overlegd worden met uw behandelend chirurg.

### Tenslotte

Wij hopen u met deze informatie duidelijk gemaakt te hebben wat u van uw opname kunt verwachten. Mocht u na het lezen nog vragen hebben, dan horen wij dat graag van u. Met behulp van bovenstaande adviezen kunt u uw



mogelijkheden na de operatie langzaam aan verruimen, zonder daarbij het risico te lopen dat u meer klachten krijgt. Voor een voorspoedig herstel blijft het echter wel noodzakelijk dat u de eerste zes weken regelmatig rust neemt.

### **Verdere informatie**

Voor een nog uitgebreidere informatie verwijzen wij u graag naar de Website van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie,  
<http://www.nvvn.org/patienteninfo/wervelkolom-en-ruggenmerg/rughernia/>